

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Krisestab HOD
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.: Covid-19 oppdrag 526
Vår ref.: 21/36379-20
Saksbehandler: Ingebjørg Skrindo
Dato: 17.09.2021

Oppdatert nytt revidert svar på covid-19 oppdrag fra HOD 526 - Konkretisering av 513 C om innhold i en normal hverdag med økt beredskapsnivå mm

Vedlagt ligger svar på dette oppdraget.

OPPSUMMERING

- Helsedirektoratet vurderer risikobildet, inkludert nye virusvarianter, vinterbølge og samlet sykdomsbyrde av Covid-19 og andre luftveisinfeksjoner, og behovet for kapasitet og beredskap.
- Pandemien er ikke over, og risikobildet tilsier en beredskapstilnærming der vi beholder kapasitet til å møte også en uønsket utvikling av pandemien.
- Overordnet anbefaler vi i en normal hverdag med økt beredskap å fjerne de fleste nasjonale tiltak, men å opprettholde muligheten for kommunale tiltak dersom konsekvensene av utbrudd tilsier at det er nødvendig og forholdsmessig.
- Vi anbefaler å avvikle de fleste innreisetiltak i fasen normal hverdag med økt beredskap, men anbefaler at dette gjøres gradvis. Det vises til besvarelse på oppdrag 530.
- Det gis forslag til føringer for kommunenes planlegging og smittevernberedskap fremover.
- Helsedirektoratet vurderer at justert TISK bør vedvare, sannsynligvis gjennom vintersesongen – det er foreløpig uvisst når TISK-beredskapen kan trappes ytterligere ned.
- Smittesporingskapasitet i tråd med justert TISK bør opprettholdes hvert fall ut året, men antakelig lenger.
- Grunnet stor usikkerhet foreslår Helsedirektoratet at testkapasiteten for PCR tilsvarende 5% av kommunens innbyggere per uke opprettholdes inntil videre.
- Helsedirektoratet anbefaler at kommunene vurderer hvorvidt de vil beholde teststasjonene i drift hvert fall ut året, slik at de øvrige helsetjenestene i kommunene avlastes. Etter nyttår foreslår vi, dersom teststasjonene legges ned, at det er planer for å kunne gjenoppta driften innen to uker.
- Den aktuelle testkapasiteten ved alle grenseovergangene opprettholdes inntil en større andel av befolkningen er fullvaksinert, og deretter vurderes på nytt.
- Pga risiko for nye varianter, foreslår Helsedirektoratet at alle grensekommunene fra nedtrappingen starter bør ha planer om hvordan de kan oppskalere til tilstrekkelig testkapasitet på grensen i løpet av to uker. Dette bør gjelde hvert fall til nyttår, men antakelig gjennom vinteren.

Helsedirektoratet

Avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester

Jon Hilmar Iversen

Postboks 220 Skøyen, 0213 OSLO • Besøksadresse: Vitaminveien 4, Oslo • Tlf.: (+47) 47 47 20 20

Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

- Det er viktig at helsestasjoner og skolehelsetjenesten har normal drift, og er tilgjengelige slik at barn og unge som er utsatt oppdages og får nødvendig hjelp.
- Helsedirektoratet anbefaler å opprettholde fullmaktene. Behovet må vurderes konkret ved overgangen til en normal hverdag med økt beredskap.

Revidert besvarelse fra FHI levert 16/9 er vedlagt. Helsedirektoratets besvarelse er revidert på bakgrunn av dette innspillet 16/9.

Vennlig hilsen

Johan Georg Røstad Torgersen e.f.
direktør

Jon Hilmar Iversen
konsulent

Dokumentet er godkjent elektronisk

Kopi:
FOLKEHELSEINSTITUTTET, Utbrudd @fhi.no

Oppdatert nytt revidert svar på covid-19 oppdrag fra HOD 526 - Konkretisering av 513 C om innhold i en normal hverdag med økt beredskapsnivå mm

Oppsummering

- Helsedirektoratet vurderer risikobildet, inkludert nye virusvarianter, vinterbølge og samlet sykdomsbyrde av Covid-19 og andre luftveisinfectionsjoner, og behovet for kapasitet og beredskap.
- Pandemien er ikke over, og risikobildet tilsier en beredskapstilnærming der vi beholder kapasitet til å møte også en uønsket utvikling av pandemien.
- Overordnet anbefaler vi i en normal hverdag med økt beredskap å fjerne de fleste nasjonale tiltak, men å opprettholde muligheten for kommunale tiltak dersom konsekvensene av utbrudd tilsier at det er nødvendig og forholdsmessig.
- Vi anbefaler å avvike de fleste innreisetiltak i fasen normal hverdag med økt beredskap, men anbefaler at dette gjøres gradvis. Det vises til besvarelse på oppdrag 530.
- Det gis forslag til føringer for kommunenes planlegging og smittevernberedskap fremover.
- Helsedirektoratet vurderer at justert TISK bør vedvare, sannsynligvis gjennom vintersesongen – det er foreløpig uvisst når TISK-beredskapen kan trappes ytterligere ned.
- Smittesporingskapasitet i tråd med justert TISK bør opprettholdes hvert fall ut året, men antakelig lenger.
- Grunnet stor usikkerhet foreslår Helsedirektoratet at testkapasiteten for PCR tilsvarende 5% av kommunens innbyggere per uke opprettholdes inntil videre.
- Helsedirektoratet anbefaler at kommunene vurderer hvorvidt de vil beholde teststasjonene i drift hvert fall ut året, slik at de øvrige helsetjenestene i kommunene avlastes. Etter nyttår foreslår vi, dersom teststasjonene legges ned, at det er planer for å kunne gjenoppta driften innen to uker.
- Den aktuelle testkapasiteten ved alle grenseovergangene opprettholdes inntil en større andel av befolkningen er fullvaksinert, og deretter vurderes på nytt.
- Pga risiko for nye varianter, foreslår Helsedirektoratet at alle grensekommunene fra nedtrappingen starter bør ha planer om hvordan de kan oppskalere til tilstrekkelig testkapasitet på grensen i løpet av to uker. Dette bør gjelde hvert fall til nyttår, men antakelig gjennom vinteren.
- Det er viktig at helsestasjoner og skolehelsetjenesten har normal drift, og er tilgjengelige slik at barn og unge som er utsatt oppdages og får nødvendig hjelp.
- Helsedirektoratet anbefaler å opprettholde fullmaktene. Behovet må vurderes konkret ved overgangen til en normal hverdag med økt beredskap.

Revidert besvarelse fra FHI er vedlagt.

Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet

Oppdrag 526 – konkretisering av 513 C om innhold i en normal hverdag med økt beredskapsnivå mm.

Deloppdrag 1) Skisse over eventuelle smitteverntiltak og/eller beredskapstiltak som bør forskriftsreguleres i "en normal hverdag med økt beredskap"

Helse- og omsorgsdepartementet ber Helsedirektoratet i samråd med Folkehelseinstituttet om en ytterligere konkretisering av det smittevernfarende behovet og forholdsmessigheten av smitteverntiltak nasjonalt og ved innreise frem mot og i overgangen til en normal hverdag med økt beredskap.

Det er behov for en overordnet plan for hvordan lettelse, opphevelse og/eller endring av tiltak nasjonalt og ved innreise skal gjennomføres. Planen bør inneholde en rekkefølge for eventuell innføring av lettelse, opphevelse og/eller endring av tiltak og hvordan de ulike tiltakene nasjonalt og ved innreise skal knyttes til "En normal hverdag med økt beredskap." Det må vurderes hva slags tiltak som bør lettes, oppheves eller endres både før og etter overgang til en normal hverdag med økt beredskap.

I første omgang bes etatene om en overordnet smittevernfarende vurdering og anbefaling av eventuelle:

- smitteverntiltak (nasjonalt og/eller ved innreise) som fortsatt bør gjelde og som bør forskriftsreguleres i "en normal hverdag med økt beredskap".
- beredskapstiltak (nasjonalt og/eller ved innreise) som bør forskriftsreguleres i "en normal hverdag med økt beredskap".

Med tiltak knyttet til innreise siktes det først og fremst til innreiserestriksjoner (hvem som får reise inn i landet), karantenehotell, innreisekarantene, testing (attest for negativ test og testing ved innreise), nasjonalt kontrollsenter, innreiseregistrering og bruk av koronasertifikat.

Det vil også bli gitt et samleoppdrag om innreiserestriksjoner, reiseråd, innreisekarantene, karantenehotell, nasjonalt kontrollsenter, innreiseregistrering, bruk av koronasertifikat og testing ved innreise med leveringsfrist 20. september hvor det kan gis nærmere vurderinger og forslag til eventuell forskriftsregulering.

Ber om at kontaktperson for oppdraget inngår i svar på oppdraget.

Frist: mandag 13. september kl 12.00

Kontaktperson i HOD: Tjaarke Hopen

Deloppdrag 2) Vurdering av behov for å la fullmaktene i helseberedskapsloven komme til anvendelse

I tråd med Hdirs svar på oppdrag 516 ble det i statsråd 3. september 2021 besluttet at fullmaktene i helseberedskapsloven §§ 3-1, 4-1, 5-1 og 5-2, jf. loven § 1-5 nr. 2 første punktum, skal komme til anvendelse for å håndtere koronautbruddet fra og med 15. september 2021 til og med 14. oktober 2021. Etatene bes vurdere om det i "normal hverdag med økt beredskap" fortsatt vil være behov for å opprettholde beslutningen om å la fullmaktene i loven komme til anvendelse, og for hvilke fullmakter dette i så fall kan være aktuelt. HOD viser i den forbindelse særlig til at forskrift 28. mai 2021 nr. 1668 om tiltak for å ivareta tilgangen til legemidler, medisinsk utstyr og personlig verneutstyr under covid-19, er hjemlet i loven §§ 1-3, 5-2, 5-3 og 6-2 tredje ledd. Forskriften/tiltakene i forskriften forutsetter at betingelsene i loven § 1-5 er oppfylt.

Ber om at kontaktperson for oppdraget inngår i svar på oppdraget.

Frist: mandag 13. september kl 12.00

Kontaktperson i HOD: Kjetil Jonsbu

Deloppdrag 3) Nærmere om innholdet i "normal hverdag med økt beredskap"

De nasjonale tiltakene for håndtering av pandemien må nedjusteres og tilpasses en ny situasjon så raskt som det er forsvarlig, slik at befolkningens liv, næringslivets virksomhet og samfunnets funksjoner, herunder reiser inn i landet,

kan normaliseres. I denne fasen vil smittevernet mot covid-19 normaliseres og innlegges i ordinært smittevern. Samtidig skal det være økt beredskap sett i forhold til en normalsituasjon, både for å håndtere risiko knyttet til covid-19, og samtidig en mulig økt sykkelighet i befolkningen (og fravær i tjenestene) som følge av andre luftveissykdommer.

Flere kommuner etterlyser veiledning og tydelige signaler knyttet til risikovurderinger og hva den økte beredskapen som forventes i tiden fremover består i, som utgangspunkt for deres egen planlegging og mulige tiltak i deres håndtering av pandemien. Dette behovet og etatenes svar på oppdrag 513 C, gjør det nødvendig med ytterligere konkretisering av hva landets kommuner skal planlegge for å være i stand til å ivareta økt beredskap ved overgang til "normal hverdag med økt beredskap".

Det bes om en nærmere beskrivelse av hva kommunene skal følge med på, og blant annet hvordan de ulike parameterne smittetall, innleggelses og vaksinasjonsgrad skal vektlegges. Det må tydeliggjøres hva innholdet i den økte beredskapen består i og hvor raskt kapasiteten for blant annet TISK skal kunne skaleres opp. I denne vurderingen må kapasiteten i de ordinære helse- og omsorgstjenestene inngå, slik at man sikrer et forsvarlig tilbud med særlig vekt på sårbare grupper. Blant annet må det gis veiledning om dimensjonering, bemanning og organisering av smittesporingsteam, testkapasitet (inkludert på grensen) og kapasitet for vaksinasjon. Kapasitet i ordinære helse- og omsorgstjenester må omtales, blant annet mtp. smittevern i sykehjem og hjemmetjenester, håndtering av influensasesong/luftveissykdom i allmennlegetjenesten, og kapasitet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Svaret bør utformes slik at det er mulig å gi kommunene tydelige råd og veiledning i deres håndtering av epidemien ved overgang til "normal hverdag med økt beredskap".

Det vises for øvrig til vaksinasjonsoppdrag nummer 50, sendt FHI 8. september.

Ber om at kontaktperson for oppdraget inngår i svar på oppdraget.

Frist: mandag 13. september kl 12.00

Kontaktperson i HOD: Tone Brox Eilertsen og Sandra Lárudóttir Gjernes

Kontaktpersoner for oppdraget

Kontaktperson for oppdraget i Helsedirektoratet er Andreas Skulberg.

Bakgrunn

Innledning og nærmere om besvarelsen

Helsedirektoratet vil besvare deloppdrag 1 og 3 i nær sammenheng. Deloppdrag 2 besvares avslutningsvis.

Direktoratet legger følgende premisser til grunn for vurderingene som er gjort:

Norge har allerede gjennomført store lempinger av de nasjonale tiltakene, og det er besluttet å gå direkte fra trinn 3 til en normal hverdag med økt beredskap. Vi legger til grunn at vurdering av tidspunkt for overgangen fremdeles vil knyttes til data før dato, og det vil i oppdrag 528 gis anbefaling om tidspunktet for innføringen.

Overordnet anbefaler vi i en normal hverdag med økt beredskap å fjerne de fleste nasjonale tiltak, men å opprettholde muligheten for kommunale tiltak dersom smittesituasjonen tilsier at det er nødvendig og forholdsmessig. Innreisetiltakene vurderes fortsatt lettet gradvis under overvåkning av importsmittesituasjonen, men blir nærmere drøftet i oppdrag 530.

Anbefalingene i denne besvarelsen er knyttet til vurdering av hvilken beredskap vi anbefaler både på forskrifts- og tiltakssiden i en normal hverdag der risikobildet blant annet omfatter utviklingen av covid-19-situasjonen, eventuelt samtidig økt sykkelighet i befolkningen, og mulighet for nye virusvarianter.

Den normale hverdagen det planlegges for skal være så normal som mulig mens vi fremdeles er i en pandemisk situasjon. Det prinsipielle spørsmålet er hvordan beredskapen best kan innrettes for å avverge uønskede situasjoner, samtidig som vi reduserer forstyrrelser i samfunnet. I besvarelsene på dette oppdraget gir Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet noe ulike råd om tilnærming til dette. Folkehelseinstituttet skriver i sitt foreløpige innspill:

I tråd med departementets føring om at hverdagen skal bli normal, mener vi at de fleste smitteverntiltak kan fjernes under fasen normal hverdag og så heller innføres igjen dersom epidemien utvikler seg og truer med å gi en uakseptabel sykdomsbyrde eller uakseptabel belastning av helsetjenestenes behandlingsskapasitet.

FHI legger til grunn at:

Vi anbefaler altså et skifte fra hovedvekt på proaktive, vedvarende, forebyggende kontaktreduserende tiltak (sannsynlighetsreduserende tiltak) til hovedvekt på høy vaksinasjonsdekning i befolkningen samt beredskap for reaktive tiltak for å begrense skade og hindre forverring dersom epidemien utvikler seg i retning av tålegrensen.

Helsedirektoratet er enig i at tiltak skal iverksettes når det er identifisert et behov for det. Vi anbefaler likevel en noe annen tilnærming enn FHI, ved at direktoratet ikke ønsker at pandemien skal utvikle seg mot tålegrensen. Tilnærmingen er at effektiv lokal og målrettet håndtering kan gi mindre forstyrrelser i samfunnet enn en situasjon der det må iverksettes mer omfattende tiltak fordi epidemien nærmer seg tålegrensen. Dersom kapasiteten i spesialisthelsetjenesten trues, øker risikoen for at det må iverksettes tiltak som vesentlig kan forstyrre befolkning og næringsliv. Vurderingen er også knyttet til kapasitetshensyn, fordi det er behov for forutberegnelighet i kommunenes planleggings- og beredskapsarbeid.

Helsedirektoratet vurderer at best samlet risikoreduksjonen oppnås ved at kommunene holder oversikt og iverksetter nødvendige tiltak for å opprettholde lokal kapasitet. Tidlig avverging lokalt kan bidra til å:

- hindre en vinterbølge med påfølgende kapasitetsproblemer i spesialisthelsetjeneste
- begrense overbelastning av helse og omsorgstjenesten ved samtidig covid-19, influensa, RSV og kikhosteutbrudd, samt
- sikre raskere kontroll ved eventuell introduksjon av nye virusvarianter

Det er den kommunale håndteringen som er avgjørende for den nasjonale utviklingen. Det vurderes at effekt av vaksiner om kort tid vil gi betydelig mindre behov for lokale tiltak, og at en slik strategi derfor ikke vil innebære vesentlige forstyrrelser av den normale hverdagen over tid med mindre det er konkret behov for det av lokale og nasjonale hensyn.

Tilnærmingen følger smittevernlovens system, hvoretter kommunene har ansvar for å håndtere smittevernet på lokalt nivå. Når en smittsom sykdom er definert som allmennfarlig, legger loven opp til at kommunene skal kunne iverksette nødvendige tiltak for å håndtere uønskede hendelser.

Vi vurderer i tillegg at enkelte nasjonale bestemmelser bør videreføres, men at disse over tid ikke vil påvirke befolkningens hverdag i særlig grad.

Andre relevante oppdrag

Oppdrag 494 B-b

Oppdrag 513 A, B, C og D

Oppdrag 514

Oppdrag 45

Faglig underlag fra Folkehelseinstituttet

Det faglige underlaget fra FHI er vedlagt i sin helhet.

Helsedirektoratets vurdering

Ulike momenter i risikobildet og generelt om tidsperspektiv og behov for kapasitet/beredskap

Helsedirektoratet viser til vurderingene og scenariene skissert i 513C, og at vi antakelig må leve med risiko for problematiske varianter av SARS-CoV-2 på lengre sikt. På bakgrunn av dette vurderte Helsedirektoratet og FHI at man bør følge situasjonen og opprettholde økt beredskap i anslagsvis ett til to år. I tillegg har FHIs modellering nylig vist at det under visse uheldige forutsetninger kan komme en større vinterbølge i 2021-22. I dette oppdraget bes det om mer konkrete føringer for beredskap, bl.a. for å gi kommunene forutsigbarhet i planleggingen. Først gis en utfyllende vurdering av de ulike momentene i risikobildet.

Risikobildet - momenter

I tillegg til å være beheftet med betydelig *usikkerhet*, er risikobildet fremover *sammensatt*. Sykdomsbyrden i befolkningen avhenger av mange faktorer, og mye er fortsatt usikkert med hensyn til hvilken sykdomsbyrde den pågående smittespredningen vil representere på sikt. Blant annet vil sykdomsbyrden avhenge av hvor mange voksne som utvikler alvorlig sykdom, hvor mange barn og unge som trenger sykehusbehandling, hvor mange som får langtidseffekter, hvor mange som får utsatt behandling på grunn av redusert kapasitet i helsetjenesten og hvor mange som får redusert helse av tiltak for å håndtere pandemien.

I oppdrag 513 D har Helsedirektoratet og FHI beskrevet faktorer som kan påvirke risikoen for alvorlig sykdomsbyrde som følge av covid-19-pandemien i Norge. Viktige risikofaktorer som det kan være nødvendig å ha tiltak for eller raskt å kunne iverksette tiltak mot, er blant andre:

- **Usikkerhet om risikoen for en betydelig sykdomsbyrde** av covid-19-epidemien i Norge. Covid-19-pandemien har vist seg ganske uforutsigbar. Virusets egenskaper er langsomt blitt avdekket, og nye varianter med endrede egenskaper har oppstått. Det er usikkerhet om hvordan viruset vil oppføre seg i en befolkning der nesten alle over 12 år har stor grad av immunitet. Varigheten av vaksinebeskyttelsen er ukjent.
- **Modellerte langtidsscenarioer** fra FHI tilsier at det under visse uheldige forutsetninger kan komme en større vinterbølge i 2021-22 og kanskje også etterfølgende år. Den grunnleggende risikoen er likevel betydelig redusert ved at en stor andel av befolkningen og en svært stor andel av de eldre er vaksinert med vaksiner med god beskyttelse mot alvorlig sykdom. Barn og unge blir i mindre grad syk av Covid-19, og behov for sykehusinnleggelse har så langt i pandemien vært lavt.
- **Svekkelse av vaksinebeskyttelsen** mot smitte og mot alvorlig sykdom har betydning. Det er fortsatt usikkert hvor stor og tidlig denne svekkelsen egentlig er. Sannsynligvis er beskyttelsen mot smitte mer utsatt for å bli svekket enn beskyttelsen mot å bli alvorlig syk.
- **Sesongeffekten** har betydning dersom viruset spres betydelig bedre om vinteren som følge av biologiske forhold i samspillet mellom viruset og mennesket, eller som følge av atferdsmessige endringer om vinteren. Jo større sesongeffekten er, jo større er sannsynligheten for en vinterbølge. Vi antar at sesongeffekten er om lag 25 – 50 %.
- **Ny variant** av viruset med høyere virulens (evne til å gi alvorlig sykdom) eller høyere spredningsevne (som følge av høyere smittsomhet eller bedre evne til å omgå tidligere immunitet) vil ha betydning.

Foreløpig er det ingen varianter som ser ut til å kunne utkonkurrere deltavarianten, som oppsto for snart ett år siden.

- **Senvirkninger av covid-19.** Det er fortsatt mye som ikke er kjent når det gjelder sykdomsbyrden av covid-19, også når det gjelder barn og unge og deltavarianten. Selv om de fleste barn og unge opplever ukomplisert sykdom uten senfølger, vil en liten andel barn og unge bli alvorlig syke og innlagt i sykehus. FHI har estimert at det kan gjelde færre enn 3 av 1000 barn som blir smittet. Det er fremdeles noe usikkerhet om og i hvilken grad enkelte barn og unge kan få senvirkninger
- **Muligheten for en kraftig influensa- og RS- sesong** som kanskje vil starte tidligere enn vanlig er en risiko som er beskrevet av FHI. Antakelsen er basert på erfaringer fra andre land. En betydelig andel innlagte pasienter med influensa eller RSV, vil kunne gi kapasitetsutfordringer sykehusene har for å behandle covid-19 pasienter. Så langt har det maksimale antallet sykehusinnlagte med covid-19 sykdom vært i overkant av 300 innlagte totalt. Ved de anledningene har sykehusene måttet redusere elektiv aktivitet kraftig.
- **Ansvar for å opprettholde kontroll på smittespredningen ligger til kommunene.** Dersom kommunene ikke klarer å kontrollere smitten med TISK, og man ikke innfører nødvendige lokale tiltak, vil smitten kunne øke ukontrollert, noe som igjen vil kunne føre til at kapasiteten i spesialisthelsetjenesten kan bli overskredet.
- **Kontaktreduserende tiltak** kan bli nødvendig i befolkningen generelt dersom dette anses nødvendig og forholdsmessig, avhengig av hvordan situasjonen utvikler seg.

Helsedirektoratet belyser i det følgende beredskapsbehov og tidsperspektiv spesielt ved risikobildet knyttet til:

- Nye problemvarianter av SARS-CoV-2 (VOC)
- Nasjonal smittebølge av Covid-19 i løpet av høsten/vinteren
- Kapasitetsbrist pga. sammenfall av Covid-19 og andre infeksjoner, spesielt influensa og RSV

Problemvarianter (VOC).

Det vises til oppdrag 513C for overordnet vurdering og ulike scenarier knyttet til VOC. Vi må antakelig leve med en risiko for nye VOC på mellomlang sikt. Det er svært vanskelig å forutsi utfallsrommet. Men, risikoen antas å være høyst reell og antakelig økende så lenge det foregår betydelig smittespredning i verden, samtidig som en stadig høyere andel av verdens befolkning er vaksinert. Per i dag er under 30 % av verdens befolkning fullvaksinert (40 % har fått minst én dose). Det er med andre ord lenge igjen, antakelig minst 6 -12 måneder, til de fleste er vaksinert og denne risikoen vil avta i takt med smittespredningen.

Tidsperspektiv: Behovet for stående kapasitet og beredskap i fravær av konkret VOC vil antakelig ikke være betydelig forskjellig i høst/vinter sammenlignet med våren 2021, utfra *det vi vet i dag*. Dette kan imidlertid endre seg (for tiden er det knyttet spenning til en *variant of interest* (VOI), Mu. Denne overvåkes nøye, men skadepotensialet er så langt uavklart).

Potensielt behov for TISK: Høyt.

Potensielt behov for grensetesting/karantenehotell/innreiserestriksjoner: Høyt

Sannsynlighet: Uviss, reell mulighet.

Potensielt behov for tiltak: Høyt.

Nasjonal smittebølge

FHI har i sine modelleringer beskrevet at det kan komme en betydelig smittebølge av covid-19-tilfeller i høst/vinter, uavhengig av eventuelle nye VOC. Denne vil primært ramme uvaksinerte og sårbare deler av befolkningen, men delta kan også ramme fullvaksinerte, selv om fullvaksinerte har mindre risiko for å utvikle alvorlig sykdom. Smittsomheten antas å være større om vinteren enn om sommeren. FHI opplyser at sesongvariasjon har stor

betydning for utfallet av modelleringene, men det er uvisst hvor stor sesongvariasjonen faktisk er. Det er stor usikkerhet knyttet til langtidsmodelleringer. Alle anbefalte grupper antas å ha fått tilbud om vaksinasjon i løpet av høsten. Det har kommet rapporter som kan tyde på at immuniteten etter vaksinasjon svekkes raskere enn man tidligere har trodd. Dette anses fortsatt uavklart, men kan potensielt virke inn på smittesituasjonen gjennom vinteren.

Tidsperspektiv: Risikoen antas å være større gjennom høsten og vinteren, enn senere i 2022.

Potensielt behov for TISK: Testbehov: Høyt. Isolasjon: høyt. Smittesporing: lavt til middels. Karantene: avhengig av testkapasitet, middels.

Potensielt behov for grensetesting/karantenehotell/innreisetiltak: lavt

Sannsynlighet: Sannsynlig, men vanskelig å forutsi omfang.

Potensielt behov for tiltak: Middels.

Kapasitetsbrist pga sammenfall av covid-19 med andre infeksjoner

Sykdomsbyrden ved covid-19 kommer på toppen av annen sykdomsbyrde. FHI skrev i 513C at:

*det kommende høst og vinter er **høy sannsynlighet** for at forekomsten av andre luftveisinfeksjoner enn covid-19 blir en god del høyere enn vanlige sesonger. Dette gjelder særlig influensa, RS-virusinfeksjon og kikhoste. Små barn og eldre er mest utsatt. Hovedårsaken til dette er at den lave forekomsten forrige sesong har ført til mindre immunitet i befolkningen.*

*Samlet er det dermed **høy risiko** forbundet med forekomst av luftveisinfeksjoner kommende høst og vinter.*

Tidsperspektiv: Risikoen antas å være større gjennom høsten og vinteren, enn senere i 2022.

Potensielt behov for TISK: Øvrige luftveisinfeksjoner medfører ikke behov for smittesporing og karantenering. Det samlede testbehovet kan bli stort (SARS-CoV-2 selvtester og luftveispaneler).

Potensielt behov for grensetesting/karantenehotell/innreisetiltak: Lavt

Sannsynlighet: Høy sannsynlighet for økt forekomst av andre luftveisinfeksjoner, som kan få stor konsekvens i form av antall innleggelses og belastning på primærhelsetjenesten (moderat tiltro til vurderingen, jf. 513C).

Potensielt behov for tiltak: Middels.

Deloppdrag 1) Skisse over eventuelle smitteverntiltak og/eller beredskapstiltak som bør forskriftsreguleres i "en normal hverdag med økt beredskap"

Oppdraget ber om en overordnet smittevernfaglig vurdering og anbefaling av eventuelle:

- smitteverntiltak (nasjonalt og/eller ved innreise) som fortsatt bør gjelde og som bør forskriftsreguleres i "en normal hverdag med økt beredskap".
- beredskapstiltak (nasjonalt og/eller ved innreise) som bør forskriftsreguleres i "en normal hverdag med økt beredskap"

Det følger av oppdraget, og av regjeringens langsiktige strategi for håndteringen av covid-19-pandemien at fasen "normal hverdag med økt beredskap" innebærer at de fleste smitteverntiltak vil være avviklet og befolkningen i liten grad påvirkes av covid-19-pandemien i det daglige. Strategien legger likevel opp til at det fremdeles kan være behov for enkelte smitteverntiltak, og at utfasing av enkelte tiltak kan pågå inn i fasen "normal hverdag med økt beredskap".

Som fasens navn "normal hverdag med økt beredskap" indikerer, vil det fortsatt være nødvendig med økt beredskap i samfunnet. Det vil derfor være nødvendig å opprettholde enkelte beredskapstiltak, i tillegg til å opprettholde nødvendige hjemler som muliggjør iverksettelse av tiltak lokalt, regionalt og nasjonalt raskt, dersom utviklingen i pandemien tilsier at tiltak må iverksettes.

I vår beskrivelse av hvilke smittevernstiltak og beredskapstiltak som bør være til stede i en normal hverdag med økt beredskap, legger vi de tidligere nevnte risikofaktorene til grunn.

Smittevernloven er en fullmaktslov som gir mulighet for raskt å kunne håndtere uønskede situasjoner når det er nødvendig for å forebygge og motvirke smittsomme sykdommer. Fordi covid-19 er definert som en allmennfarlig smittsom sykdom, har kommunene mulighet til å iverksette tiltak dersom det er nødvendig og forholdsmessig, jf. smittevernloven § 4-1. I tillegg gir definisjonen som allmennfarlig smittsom sykdom rettigheter til befolkningen, herunder økonomiske, og den pålegger plikter. Det er beslutningen om at utbruddet er erklært som et "alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom", som gir nasjonale myndigheter mulighet til å iverksette regionale eller nasjonale tiltak ved behov, jf. smittevernloven § 4-1 andre ledd. Smittevernlovens system er etablert, og vil i stor grad kunne understøtte behovet for beredskap i en normal hverdag med økt beredskap. Det samme gjelder helseberedskapsloven. Hovedproblemstillingen blir derfor hvilke tilleggstiltak som det er nødvendige å forskriftsfeste. I det følgende redegjøres det for hvilke tiltak Helsedirektoratet foreløpig vurderer det som nødvendig å videreføre i fasen "normal hverdag med økt beredskap".

Smitteverntiltak

Dagens smitteverntiltak følger av påbud og forbud i covid-19-forskriften, råd og anbefalinger til befolkningen og virksomheter og råd, anbefalinger og føringer gitt til kommunene. Tiltakene kan, grovt sett, kategoriseres slik:

- **Innreisetiltak**, herunder innreiserestriksjoner (hvem som får reise inn i landet), karantenehotell, innreisekarantene, testing (attest for negativ test og testing ved innreise), nasjonalt kontrollsenner, innreiseregistrering og bruk av koronasertifikat.
- **TISK-tiltak**, herunder føringer for TISK-arbeidet i kommunene, individuelle plikter i covid-19-forskriften til å teste seg, isolere seg og være i smittekarantene
- **Tiltak for skoler og barnehager**, herunder trafikklysmodellen
- **Tiltak overfor virksomheter og arrangører**, særlig hjemlet i covid-19-forskriften kapittel 5
- **Anbefalinger og råd**, herunder eksempelvis anbefalinger om hjemmekontor, råd om å holde seg hjemme hvis man er syk, avstandsrad og hygieneråd, samt råd til idretts- og fritidsaktiviteter og lignende
- **Andre tiltak**, eksempelvis ordningen om at studenter kan gis lisens som helsepersonell etter covid-19-forskriften § 20

I det følgende gis en overordnet vurdering av tiltak innenfor disse kategoriene, samt en vurdering av hvilke tiltak som eventuelt bør fortsette i forskrifts form i fasen "normal hverdag med økt beredskap". Overordnet anbefaler vi å fjerne de fleste nasjonale tiltak og anbefalinger, men opprettholde muligheten for kommunale forskrifter og anbefalinger dersom smittesituasjonen tilsier at det er nødvendig og forholdsmessig. Innreisetiltakene vurderes fortsatt lettet gradvis under overvåkning av importsmittesituasjonene, men blir nærmere drøftet i oppdrag 530.

FHI viser i sin tabell til at de aller fleste bestemmelsene i covid-19-forskriften kan oppheves i "normal hverdag med økt beredskap". Helsedirektoratet mener at det vil være behov for å beholde enkelte bestemmelser i covid-19-forskriften, og vi viser til omtalen av dette nedenfor for de ulike kategoriene av tiltak. Det bør på sikt vurderes om enkelte bestemmelser bør gjøres mer varige og tas inn i ordinære forskrifter fremfor å reguleres i covid-19-forskriften. Covid-19-forskriften forutsetter at man har et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom. Når utbruddet ikke lenger defineres som dette, må fortsatte krav til smittevern faglig forsvarlig drift hjemles i annet regelverk, for eksempel folkehelseloven kapittel 3.

Innreisetiltak

Helsedirektoratet og FHI har tidligere gjort rede for nedtrapning av innreisetiltakene, sist i oppdrag 514.

Helsedirektoratet er enige med FHI i at innreisetiltakene i stor grad kan avvikles i fasen "normal hverdag med økt beredskap". Vi er også enige med FHI i at avviklingen av tiltak bør gjøres gradvis og under nøye overvåkning av importsmittesituasjonen og eventuell betydning av denne i kommunene og helse- og omsorgstjenesten for øvrig. Dette er på linje med det som gjøres i andre land vi vanligvis sammenlikner oss med, som f.eks. Danmark.

En gradvis avvikling av innreisetiltakene vil innebære at det lempes innenfor alle kategoriene av innreisetiltak, herunder innreiserestriksjoner, testkrav, karanteneplikt, plikt til karantenehotell mv. Det konkrete innholdet i den gradvise avviklingen vil vi komme tilbake til i besvarelsen av oppdrag 530.

Helsedirektoratet anbefaler en god beredskap mot importsmitte også etter at innreiserestriksjonene og innreisetiltakene er trappet ned. Detaljene i denne beredskapen vil bli diskutert i oppdrag 530.

TISK-tiltak

Helsedirektoratet har tidligere redegjort for justeringer i TISK-strategien i oppdrag 513B og senest i oppdrag 525. Det er lagt opp til at justeringer i TISK-strategien skal implementeres i kommunene de kommende ukene, og det er estimert at justeringene kan tre i kraft rundt 1. oktober. Det vises for øvrig til oppdrag 531, som leveres 14.09.

I oppdrag 513B skisseres det at det kan være aktuelt med ytterligere justeringer i TISK-strategien ved overgang til "normal hverdag med økt beredskap".

Justert TISK i tråd med besvarelsen på oppdrag 513B innebærer endringer iblant annet bestemmelsen i covid-19-forskriften om smittekarantene og unntakene fra denne. Foreløpig legger Helsedirektoratet til grunn at bestemmelser om smittekarantene for en begrenset krets av nærkontakter og isolasjon fremdeles vil gjelde ved overgang til "normal hverdag med økt beredskap".

En TISK-strategi uten bruk av alle virkemidlene, vil være mindre effektiv. Isolasjon beskytter mot videre smitte fra de symptomatiske / erkjente smittede, mens karantene er ment å beskytte mot videre smitte fra de mulige (grad av sannsynlighet) smittede. En annen måte å begrense smitte fra denne gruppen, er testing. Utvidet testing kan derfor kompensere for redusert bruk av karantene.

FHI anbefaler i sin besvarelse til underlag at forskrift om isolasjon ved påvist SARS-CoV2 oppheves i normal hverdag med økt beredskap, men med en overgangsperiode. Helsedirektoratet anbefaler imidlertid at denne videreføres, men at lengden av isolasjonen justeres i samråd med nye anbefalinger fra FHI. Dette arbeidet er allerede startet.

Tiltak for barnehager og skoler

Barnehager, skoler og andre opplærings- og utdanningsinstitusjoner er i dag pålagt krav om smittevern faglig forsvarlig drift i kapittel 4 i covid-19-forskriften.

Helsedirektoratet legger til grunn at det er nødvendig å opprettholde en bestemmelse som hjemler trafikklysmodellen i barnehager og skoler, jf. covid-19-forskriften § 12b i fasen "normal hverdag med økt beredskap". Vi anser trafikklysmodellen som et godt innarbeidet smitteverntiltak, som innebærer at skoler/barnehager kan driftes omtrent som normalt i situasjoner med lite smitte, samtidig som man har et godt kjent og implementert verktøy å benytte seg av dersom smittesituasjonen tilsier at det er nødvendig å iverksette tiltak. Det kan være nødvendig med en viss grad av smitteverntiltak for denne gruppen, som ikke vil være beskyttet gjennom vaksinasjon i like stor grad som den voksne befolkningen. Samtidig er det viktig å sikre at barn og unge får en så normal hverdag som mulig.

Tiltak overfor virksomheter og arrangører

Covid-19-forskriften kapittel 5 inneholder bestemmelser som pålegger smitteverntiltak i en rekke ulike virksomheter, samt pålegger reduksjon i antall kunder/gjester eller deltakere på eksempelvis serveringssteder og arrangementer. Helsemyndighetene vurderer foreløpig at de fleste av tiltakene i covid-19-forskriften kapittel 5 kan oppheves ved overgang til "normal hverdag med økt beredskap".

FHI anbefaler i sin besvarelse at innenlandsbruk av koronasertifikat avvikes og at diskriminering av ikke-vaksinerte vurderes forbudt. Helsemyndighetene vurderer at det ikke er behov for nasjonale føringer for bruk av koronasertifikat innenlands i en normal hverdag med økt beredskap. Det kan likevel vurderes om muligheten til lokalt å bruke koronasertifikat bør opprettholdes.

Anbefalinger og råd

Gjennom pandemien er det gitt en rekke råd og anbefalinger om smittevernrelatert forsvarlig gjennomføring av ulike aktiviteter. Som i oppdrag 513C, legger Helsemyndighetene til grunn at det vil bli justeringer i de generelle smittevernrelaterte rådene ved overgang til "normal hverdag med økt beredskap". I tillegg vurderer vi at mange nasjonale råd og anbefalinger knyttet til gruppestørrelser og avstand, eksempelvis på idretts- og fritidsaktiviteter, kan fjernes, og at anbefalinger knyttet til arbeidslivet kan justeres. Kommunene har mulighet til å innføre lokale anbefalinger og forskrifter ved smitteutbrudd i kommunene.

Covid-19 pandemien har lært befolkningen hvor viktig avstand og håndhygiene er for å unngå smitteoverføring. Samtidig som disse tiltakene har redusert smitte av SARS-CoV-2, har også forekomsten av andre smittsomme sykdommer gått ned. Enkle smitteverntiltak, spesielt håndhygiene (håndvask og håndsprit) samt det å holde seg hjemme og unngå kontakt med andre når man er syk, er gode smitteverntiltak som bør videreføres nå som de er godt innarbeidet i befolkningen. Håndhygiene er også, som FHI diskuterer, sannsynligvis et effektivt smitteverntiltak som kan videreføres som anbefaling. Når det gjelder bruk av munnbind, anbefaler verken FHI eller Helsemyndighetene at det videreføres som en nasjonal anbefaling i normal hverdag med økt beredskap, men det kan gjennomføres som et lokalt tiltak ved behov. I helsetjenesten er munnbind et viktig smitteverntiltak.

Beredskapstiltak

Oppdraget ber om en vurdering av hvilke beredskapstiltak som bør gjelde i fasen "normal hverdag med økt beredskap".

I vurderingen av hva som fortsatt bør forskriftsfestes av beredskapstiltak i en "normal hverdag med økt beredskap", må det foretas en smittevernrelatert vurdering av hvilken beredskap det kan være behov for. Deretter må det vurderes hvordan det juridiske grunnlaget kan understøtte behovet for tiltak og beredskapsbehovet. Den smittevernrelaterte vurderingen av hvilken beredskap vil, som forklart over, være avhengig av hvordan pandemien utvikler seg i Norge på det aktuelle tidspunktet.

Ovennevnte innebærer at det er krevende å vurdere hva som bør gjelde i en normal hverdag med økt beredskap. Det er en politisk beslutning å vurdere hvor stor risiko som aksepteres, hvilken beredskap som skal legges til grunn, og når en ny normal hverdag skal iverksettes. De sentrale målene er å opprettholde en så normal hverdag som mulig, samtidig som risikofaktorene kan håndteres. Dette er en krevende balansegang i en usikker situasjon.

Hensyn som må avveies i en normal hverdag er hvor stor del av beredskapen som skal håndteres av kommunene, og hvilke tiltak som bør opprettholdes eller raskt kunne iverksettes nasjonalt. Ved lemping av nasjonale bestemmelser vil kommunene få større ansvar for å håndtere situasjonen. Fordi den kommunale håndteringen vil være avgjørende for den nasjonale utviklingen, må det vurderes hvordan kommunenes innsats best kan understøttes, slik at

kommunene settes i stand til å ivareta dette ansvaret. Hensynet til likhet er også et moment i avveiningen av nasjonale og lokale bestemmelser.

Smittevernloven er en fullmaktslov som gir mulighet for raskt å kunne håndtere uønskede situasjoner når det er nødvendig for å forebygge og beskytte mot smittsom sykdom. Fordi covid-19 er definert som en allmennfarlig smittsom sykdom, har kommunene mulighet til å iverksette tiltak dersom det er nødvendig og forholdsmessig, jf. smittevernloven § 4-1, jf. § 1-5. I tillegg gir definisjonen som allmennfarlig smittsom sykdom rettigheter til befolkningen, herunder økonomiske, og den pålegger plikter. Det er beslutningen om at utbruddet er erklært som alvorlig, som gir nasjonale myndigheter mulighet til å iverksette regionale eller nasjonale tiltak ved behov, jf. smittevernloven § 4-1 andre ledd. Smittevernlovens system er etablert, og vil i stor grad kunne understøtte behovet for beredskap i en normal hverdag med økt beredskap. Det samme gjelder helseberedskapsloven. Hovedproblemstillingen blir derfor hvilke tilleggstiltak som det er nødvendige å forskriftsfeste. I det følgende redegjøres det for hvilke beredskapstiltak som Helsedirektoratet foreløpig vurderer det som nødvendig å videreføre i fasen "normal hverdag med økt beredskap".

Trafikklysmodellen i skoler og barnehager

Som nevnt over, vurderer Helsedirektoratet at det foreløpig vil være nødvendig å videreføre hjemmelen i covid-19-forskriften § 12b som pålegger skoler, barnehager og andre opplærings- og utdanningsinstitusjoner å drive smittevern faglig forsvarlig. Bestemmelsens første ledd siste punktum hjemler smittevernveilederne for barnehage og skole, som omtaler trafikklysmodellen. Helsedirektoratet vurderer at det av beredskapsmessige hensyn er nødvendig å opprettholde smittevernveilederne, herunder trafikklysmodellen, slik at kommunene på en rask og enkel måte kan iverksette strengere tiltak for å opprettholde smittevern faglig forsvarlig drift av skoler og barnehager når det er nødvendig og forholdsmessig, i fasen "normal hverdag med økt beredskap".

Regionale tiltakspakker i covid-19-forskriften kapittel 5A-D

I svaret på oppdrag 509, skrev Helsedirektoratet og FHI at de regionale tiltakspakkene burde beholdes av beredskapshensyn, i tilfelle stor og ukontrollert smittespredning eller ved eventuelle nye virusvarianter. Helsedirektoratet mener fremdeles at tiltakspakkene burde bli stående i fasen "normal hverdag med økt beredskap", for at man skal kunne iverksette nødvendige tiltak raskt, dersom situasjonen krever det. Kapitlene bør gjennomgås når øvrige kapitler i forskriften endres/oppheves.

Hjemmel for å gi studenter lisens som helsepersonell

Covid-19-forskriften § 20 gir hjemmel for at Helsedirektoratet, etter søknad, kan gi studenter, elever og lærlinger som er under utdanning i en helse- og sosialfaglig utdanning lisens etter helsepersonelloven § 49, for at disse skal kunne gi helsehjelp som helsepersonell utenfor helsefaglig opplæring mot covid-19.

Helsedirektoratet vurderer at det kan bli aktuelt å benytte denne muligheten også i fasen "normal hverdag med økt beredskap", og at muligheten derfor bør bestå. Av beredskapsmessige hensyn anbefaler vi derfor at forskriftsbestemmelsen videreføres.

Personellberedskap i kommunene

Under pandemien har mange personer som ikke er helsepersonell fått opplæring i blant annet smittesporing og testing. Helsedirektoratet er kjent med at frivillige organisasjoner, private leverandører av helsetjenester og bemanningsselskap har vært viktige bidragsytere i håndteringen av pandemien. Bemanningsselskapene og NAV vil ha inngående kunnskap om tilgjengelig helsepersonell lokalt. Kommunene bør derfor inngå spesifikke avtaler som sikrer mulighet til å øke kapasiteten av covid-19-håndteringen på svært kort tid. Vi viser ellers til vårt brev av 4. januar 2021 ([Liste over mulige tiltak for kommuner med bemanningsutfordringer.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)), som fortsatt vil være relevant i en normal hverdag med økt beredskap.

Deloppdrag 3) Nærmere om innholdet i "normal hverdag med økt beredskap"

Om usikkerhet og generelle versus konkrete føringer for normal hverdag med økt beredskap

Det vises til beskrivelsen av risikobildet tidligere i besvarelsen. Risikobildet knyttet til utviklingen av pandemien for høsten og vinteren er *sammensatt* og beheftet med betydelig *usikkerhet*.

Det er mulig å gjøre prediksjoner/estimeringer/modelleringer, men slike vil alltid være beheftet med usikkerhet. I statistiske modeller angis forventningen ofte som et punkttestimat/forventningsverdi sammen med et konfidensintervall, som angir usikkerhetsmarginer. FHI publiserer jevnlig modelleringer med langtidsscenarier for antall innleggelser, intensivpasienter og respiratorpasienter. Disse er ikke *fremtidsprediksjoner*, men modellerte scenarier basert på en rekke forutsetninger og antakelser som kan vise seg å være feil eller ufullstendige. Derfor er den reelle usikkerheten større enn det konfidensintervallene kan gi inntrykk av.

Selv om det er utfordrende i praksis, kan vi tenke oss at det ble gjort tilsvarende beregninger også for forventet behov for testkapasitet, smittesporingskapasitet, grensetesting etc. Den hypotetiske usikkerhetsmarginen ville i denne situasjonen være *stor*, som uttrykk for stor usikkerhet. Dette innebærer at den reelle utviklingen meget vel kan treffe *langt fra det man estimerer*. Det er med andre ord vanskelig å treffe riktig med et estimat når usikkerheten er stor. Konsekvensen av dette er følgende: Dersom det gis spesifikke råd basert på en antatt forventningsverdi med stor usikkerhet, er det stor sjanse for at disse rådene kommer til å bomme.

Forutsetninger for konkrete råd/føringer for kommunene

Helsedirektoratet erkjenner at det ønskes forutsigbarhet, ikke minst for kommunene som skal planlegge bemanning og kapasitet til høsten og vinteren. Problemet er likevel at jo mer konkrete føringer som gis, dess større er faren for at de kommer til å stemme dårlig med den fremtidige situasjonen. Vi kan ikke forutsi pandemiens utvikling og det eksakte behovet for testkapasitet, grensekontroll, karantenehotell etc.

Helsemyndighetene har heller ikke tilstrekkelig oversikt over øvrige samfunnsområder til å kunne gjøre helhetsvurderinger. Detaljerte føringer for den fremtidige gjenåpningen kun basert på våre smittevern faglige vurderinger, er ikke mulig eller hensiktsmessig. Balansering av risiko versus kostnader knyttet til stående beredskap og (potensielt ubenyttet) kapasitet er dessuten i stor grad en politisk vurdering.

Det er videre en uoverkommelig oppgave for helsemyndighetene å utrede den detaljerte risikoen knyttet til alle mulige handlingsalternativer. Det vil fortsatt være behov for å følge utviklingen og justere håndteringen basert på utviklingen i pandemien (data før dato).

Forslag til råd/føringer til kommunene

Med de forutsetninger som anført over, gir vi under konkrete forslag til kommunenes planlegging av kapasitet og beredskap fremover. Helsedirektoratet har i det følgende tatt utgangspunkt i at man bevilger midler til å opprettholde stående kapasitet og beredskap for å kunne møte en betydelig smittebølge gjennom høsten og vinteren. Forslagene forutsetter også at man er villig til å finansiere en viss stående kapasitet i tilfelle en ny VOC skulle dukke opp.

Smittesporingskapasitet

I oppdrag 531 er Helsedirektoratet bedt legge en plan for innføring av justert TISK anslagsvis 27. september. Justert TISK innebærer, slik etatene anbefalte i oppdrag 513B, at rutinemessig smittesporing og karanteneplikt kun skal omfatte husstandsmedlemmer og tilsvarende nære. Øvrige nærkontakter smittesporer av indeks eller gjennom andre informasjonskanaler, og karantene kan i de fleste tilfeller erstattes av testregime. Isolasjonsplikten består.

Det vises til gjennomgangen av risikobildet tidligere i besvarelsen. Uavhengig av muligheten for nye virusvarianter, kan vi havne i en situasjon med så mange smittetilfeller blant uvaksinerte at smittesporing blir nødvendig. Det kan også forekomme utbrudd blant vaksinerte i sårbare grupper, primært på sykehjem.

I revidert oppdrag 513D skriver Helsedirektoratet følgende om TISK-kapasiteten i kommunene

Vi anbefaler derfor å opprettholde en god TISK-kapasitet i kommunene som bidrar til god kontroll på utviklingen i flere måneder fremover, kanskje til godt ut i 2022.

Helsedirektoratet vurderer at justert TISK bør vedvare, sannsynligvis gjennom vintersesongen – det er foreløpig uvisst når TISK-beredskapen kan trappes ytterligere ned. Smittesporingskapasitet i tråd med justert TISK bør opprettholdes hvert fall ut året, men antakelig lenger. Det vises til oppdrag 525 og 531 for videre beskrivelse av implementeringen av justert TISK. Ved nedskalering bør kommunen ha planer for hvordan smittesporingskapasiteten kan oppskaleres i løpet av to uker. Slik beredskap for oppskalering bør antakelig opprettholdes godt ut i 2022. Det bør gjøres en ny vurdering av videre behov for TISK-kapasitet noen uker etter at alle anbefalte grupper er vaksinert.

Testkapasitet i kommunene

Som anført over om justert TISK (ihht. 513B), kan karantene i mange tilfeller erstattes av testregime. Selvtesting vil antakelig spille en mer fremtredende rolle. Implementering av justert TISK beskrives i oppdrag 531.

Både testing, isolering, smittesporing og karantene har som mål å redusere omfanget av videre smitte. Helsemyndighetene har så langt lagt til grunn at kommunene ukentlig skal kunne teste 5% av befolkningen. Helsedirektoratet har i nylige oppdrag vurdert at mange tiltak kan trappes gradvis ned når en større andel av befolkningen er fullvaksinert. Forholdsmessighetsvurderinger tilsier at testing er et mindre inngripende tiltak enn karantene. Behovet for testing er dels avhengig av smittetrykket (pandemiens utvikling), men i enda større grad avhengig av omfanget av bruk av smittesporing og karantene. En nedjustering av smittesporing og karantene kan delvis kompenseres for ved økt testing.

Testbehov vil kunne tilfredsstilles ved bruk av PCR, antigen hurtigtester i regi av helsetjenesten og antigen hurtigtester brukt som selvtester, sistnevnte enten gjennom offentlige programmer eller opp til befolkningen selv.

Testbehovet vil være avhengig av myndighetens anbefalinger om testing til befolkningen. Per i dag anbefales alle med symptomer (uavhengig av vaksinasjonsstatus) og alle nærkontakter å teste seg, samt utvalgte grupper ved grensepassering og jevnlig testing i enkelte miljøer eksempelvis skoler ved høyt smittepress).

Dersom man fremover kun skal teste personer med luftveissymptomer som ikke er vaksinerte, og ta utgangspunkt i en normal sesong med luftveissymptomer (270.000 personer ukentlig) og 90% vaksinedekning, vil dette tilsi et testbehov på 27.000 tester per uke. Dersom vaksinerte nærkontakter også skal testes, men dette begrenses til nære nærkontakter (husstandsmedlemmer og tilsvarende) vil volumet kunne øke 3-5 ganger.

Men, dersom vi går inn i en sesong med tre ganger så høy forekomst av luftveissymptomer (810.000 personer ukentlig), grunnet kombinasjon av øvrige luftveisvirus (influenza, rhinovirus og RS-virus) kombinert med en vinterbølge av covid-19, der alle disse skal testes 2 ganger ukentlig uavhengig av vaksinasjonsstatus, vil dette tilsi et testbehov på 1.620.000 tester per uke. Dersom nærkontakter også skal testes, vil volumet øke ytterligere.

Grunnet stor usikkerhet anbefaler derfor Helsedirektoratet at testkapasiteten for PCR tilsvarende 5% av kommunens innbyggere (på landsbasis 270.000) per uke opprettholdes inntil videre. Ny vurdering kan gjøres når vaksinasjonsprogrammet hos barn og unge er gjennomført og smittesituasjonen er stabilisert.

Laboratorietester bør i større grad være luftveispanel og ikke bare SARS-CoV-2. Dette vil i liten grad påvirke prøvetakningen (gjøres som vanlig PCR). Laboratorietester vil i større grad gjøres på klinisk indikasjon heller enn som ledd i smittesporing. Det bør i tillegg vurderes et beredskapslager av antigen hurtigtester som kan benyttes som selvtester uten at det belaster det kommunale testapparatet.

FHI skrev videre i 513C:

Vi regner med at teststasjoner kan avvikles under normal hverdag med beredskap og eventuell testing overlates til folk selv samt til fastleger og legevakter, men dette bør vurderes på nytt når vi nærmer oss overgangen med tanke på gjennomførbarhet og ressurser.

Helsedirektoratet understreket viktigheten av fortsatt å holde smitten utenfor fastlegekontorene for å sikre et godt og forsvarlig legetilbud i kommunene. Både Norsk forening for allmenntmedisin og Allmenntlegeforeningen er bekymret for at disse klinikkene og teststasjonene avvikles for raskt før epidemien er under god kontroll og smittetallene lave.

Det er vanskelig å forutsi hvor stor belastning som kommer til å falle på allmenntlegene i form av testing og oppfølging av luftveissymptomer gjennom vinteren. Helsedirektoratet legger til grunn at det kan være behov for kommunale teststasjoner for å avlaste fastlegene også etter nyttår, selv om det ikke kommer nye VOC. Dersom det skulle komme en ny VOC, må vi regne med at behovet for kommunale teststasjoner kan bli desto større. Det er imidlertid umulig å vite om og ev. når dette vil skje.

Helsedirektoratet anbefaler at kommunene vurderer hvorvidt de vil beholde teststasjonene i drift hvert fall ut året. Etter nyttår foreslår vi, dersom teststasjonene legges ned, at det er planer for å kunne gjenoppta driften innen to uker. Det er den enkelte kommune som best vil kunne ta beslutning om hvordan tjenestene i egen kommune bør organiseres. Helsemyndighetene kan stille krav til omfang og grad av beredskap.

Testing ved innreise

Helsedirektoratet har i tidligere oppdrag anbefalt en gradvis nedtrapping av innreiserestriksjoner- og tiltak. Det vises til oppdrag 514 for generell vurdering av innreise, 513C for ytterligere vurdering av testkravet ved innreise ifm. normal hverdag, samt til tidligere deler av denne besvarelsen. Innreise skal også vurderes igjen i oppdrag 530. Som vist til i risikovurderingen tidligere i besvarelsen, er testkravet ved grensen spesielt relevant i forbindelse med eventuelle nye VOC. En stor nasjonal smittebølge med deltavarianten i vinter vil i mindre grad rettfærdiggjøre grensetesting. Det er stor usikkerhet knyttet til det faktiske behovet for grensetesting i normal hverdag med økt beredskap, men som angitt i 514 kan det være aktuelt å beholde grensetesting for innreisende fra enkelte land også ut i 2022. Vi anbefaler at testbehov ved grensen vurderes på nytt noen uker etter at en større andel av alle over 18 år er fullvaksinert.

Stående testkapasitet på grensen

I tidligere oppdrag har Helsedirektoratet anbefalt å trappe ned innreisetiltakene, herunder grensetesting, gradvis. Som anført i oppdrag 514 og 513C, vil et eventuelt behov for grensetesting antakelig være mest aktuelt overfor reisende fra land utenfor Schengen, og beredskapen bør antakelig være størst på Gardermoen og ev. kommuner med grense mot ytre Schengen (Sør-Varanger, muligens andre kommuner med store flyplasser).

I oppdrag 514 anbefalte Helsedirektoratet at avgjørelsen om testkrav på grensen ble tatt på det tidspunktet man er klar til å gå over til normal hverdag med økt beredskap. Helsedirektoratet har i tidligere oppdrag pekt på at det vil medføre en betydelig kostnad dersom testapparatet legges ned for så å måtte gjenoppbygges. Det er fortsatt vanskelig å forutsi behovet, men dersom konkrete råd må gis, foreslår Helsedirektoratet følgende: Den aktuelle testkapasiteten ved alle grenseovergangene opprettholdes inntil en større andel av befolkningen har fått tilbud om fullvaksinasjon, og deretter vurderes på nytt. Dette skulle tilsi at kapasiteten opprettholdes i hvert fall frem til starten av november.

For de grenseovergangene som primært tar imot personer fra EØS/Schengen (i praksis de fleste), foreslår vi deretter å gå over til beredskap for oppskalering som beskrevet under. Det vises til risikovurdering rundt nye VOC i oppdrag 513C. Dersom man ønsker mer trygghet mot nye varianter gjennom høsten på kortere sikt, kan det planlegges med at den stående testkapasiteten bygges gradvis ned fra starten av november og mot nyttår. Det er imidlertid ikke, så vidt Helsedirektoratet kjenner til, holdepunkter for at risikoen for VOC er større før nyttår enn etter nyttår.

Helsedirektoratet har tidligere påpekt at det vil ha betydelige kostnader å reetablere teststasjoner som er bygd ned. Samtidig er det vanskelig å forsvare full drift på ubestemt tid basert på et usikkert behov. Her kan det være opp til kommunene selv å vurdere hvordan de skal sikre beredskapen. Det er svært ulik trafikkmengde over grenseovergangene.

Beredskap for oppskalering av testkapasitet ved grensen

Alle kommuner med grensestasjon bør ha planer om hvordan de raskt kan oppskalere testkapasiteten. Vi foreslår å beholde infrastrukturen mest mulig der dette lar seg gjøre, men det er vanskelig å gi generelle føringer og her vil lokale vurderinger ha mye å si. Det anses lite sannsynlig at det dukker opp en totalt vaksineresistent variant, men hvis dette skulle skje, er det sannsynlig at det innføres strenge innreiserestriksjoner- og tiltak. Dette ville tilsi behov for å teste de aller fleste innreisende ved alle grenseoverganger, men samtidig et betydelig redusert innreisevolum.

Pga risiko for nye varianter, foreslår Helsedirektoratet at alle grensekommunene fra nedtrappingen starter bør ha planer om hvordan de kan oppskalere til tilstrekkelig testkapasitet på grensen i løpet av to uker. Dette bør gjelde hvert fall til nyttår, men antakelig gjennom vinteren. Ved de grenseovergangene som i dag har den laveste kapasiteten (kun én operativ testlinje), bør det være planer for å kunne gjeninnføre denne. Pga. kort tidsfrist har det ikke vært tid til dialog med kommunene rundt forventningene til beredskap for oppskalering. Vi anbefaler at man går i prosess med kommunene for forventingsavklaringer før konkrete planer annonseres. Antakelig bør det foreligge konkrete avtaler vedrørende personell som kan settes inn ved behov (frivillige organisasjoner, bemanningsselskaper, Sivilforsvaret etc.). Det vises til oppdrag 530 om innreise.

Særskilt om kommuner som mottar innreisende fra land utenfor Schengen

Et videre testbehov vil antakelig være mest aktuelt i forbindelse med reisende fra land utenfor Schengen. I praksis er dette mest aktuelt for Gardermoen/Ullensaker, samt Storskog. Det er utfordrende å forutsi testbehovet, som i stor grad kan avhenge av eventuelle nye VOC og smittesituasjonen internasjonalt. Testbehovet vil også i stor grad avhenge av graden av innreiserestriksjoner som ev. gjeninnføres. Innreiserestriksjonene fører i dag til at antallet ankomster fra utenfor Schengen er lavt, men vi forventer at det vil øke når innreiserestriksjonene fjernes. Gardermoen er den grenseovergangen med høyest antall ankomster fra utenfor Schengen. Her utgjør innreisende fra utenfor Schengen normalt ca. 25% av ankomstvolumet. Ved øvrige grenseoverganger vil reisende fra utenfor EØS/Schengen komme hovedsakelig via andre land i Europa. Her vil målrettet testing av disse bli utfordrende, og må antakelig være tillitsbasert.

På kortere sikt kan testbehovet ved grensen antakelig tas ned betydelig når vaksinasjonsdekningen er tilfredsstillende, forutsatt fravær av ny VOC. Vi legger til grunn at Ullensaker (ev. andre relevante kommuner med stor flyplass) har fått god erfaring med testing, og at en evt. gjenoppbygging av testkapasitet vil gå fortere enn tidligere i pandemien. Vi foreslår som mål at det skal kunne oppskaleres tilstrekkelig på to uker også i slike kommuner. Forslaget er altså sammenfallende med forslaget som gjelder øvrige grensekommuner. Men, dersom ressurser skal prioriteres, anbefaler Helsedirektoratet at man prioriterer de kommunene som håndterer reisende fra utenfor Schengen. Ullensaker peker seg spesielt ut.

Sør-Varanger kommune har hatt stort mangel på helsepersonell. Testvolumet er lavt, men samtidig er en større andel av testene positive sammenlignet med Gardermoen. Vi anbefaler videre dialog med kommunen før det gis konkrete føringer som innebærer høye forventninger. Situasjonen i Sør-Varanger kan videre ses i sammenheng med oppdrag 51 til FHI om vaksinasjons av utenlandske sjøfolk med frist 10.09. Helsedirektoratet kjenner ikke innholdet i denne vurderingen.

Kommunenes utgifter

Som påpekt i oppdrag 514, vil en del kommuner kunne ha utgifter som strekker seg ut i 2022. Dersom man skal fortsette å opprettholde testkapasiteten fremover, vil kommunene ha behov for å forlenge diverse avtaler og

kontrakter. Alt innenfor 2021 er dekket av tilskuddsordningen for teststasjoner ved grenseoverganger, men kommunene har en forventning om at utgifter som tilkommer dette oppdraget i 2022 også vil bli dekket av staten. Helsemyndighetene anbefaler at denne forventningen lyttes til, og at alle utgifter knyttet til grensetesting, selv om teststasjonen på det tidspunktet er inaktiv, dekkes av staten.

Kapasitet for vaksinasjon

Dette er gitt som eget oppdrag 50 til FHI.

Hvordan skal kommunene overvåke situasjonen

- Oppdraget: *hva kommunene skal følge med på, og blant annet hvordan de ulike parameterne smittetall, innleggelser og vaksinasjonsgrad skal vektlegges.*

FHI beskriver i sin besvarelse at: sitat "formålet med overvåkingen under normal hverdag er å oppdage tidlig om epidemien utvikler seg og truer med å gi en uakseptabel sykdomsbyrde eller uakseptabel belastning av helsetjenestenes behandlingsskapasitet, slik at det kan settes inn reaktive behandlingstiltak for å begrense skade samt kortvarige smitteverntiltak for å hindre en truende utvikling. FHI legger videre følgende definisjon til grunn:

Med overvåking mener vi i smittevernet en vedvarende og systematisk innsamling, sammenstilling og analyse av data om smittsomme sykdommer og tilbakemelding om resultatene til bruk for dem som trenger dem til planlegging, gjennomføring og evaluering av smittevernet og til befolkningen.

Helsemyndighetene støtter videre FHI sin vurdering at det under en normal hverdag er naturlig å fortsette med et godt samspill mellom lokal og nasjonal overvåking. Dessuten støtter vi FHI sin vurdering i 513C, hvor nødvendigheten av å optimalisere elektroniske melde- og kommunikasjonssystemer presiseres.

Helsemyndighetene og FHI presiserte i 513C at kommunene må ha mer fokus på alvorlige utbrudd, utbrudd i helseinstitusjoner og i andre sårbare grupper, forekomst av alvorlig sykdom, eller uventede hendelser og vaksinesvikt. Som i andre vintersesonger må de også ha fokus på influensa og andre luftveisagense og utbrudd. Helsemyndighetene anbefaler, som FHI, at kommunelegehåndboka oppdateres med mer konkrete råd, samt å bruke sykdomspulsen til fortsatt å dele informasjon med kommunene.

Kommunelegen har en vesentlig rolle i smittevernarbeidet hjemlet i Smittevernloven § 7-2:

Kommunelegen skal utføre de oppgaver innen smittevernet som pålegges i loven her. I kommuner med flere kommuneleger skal kommunestyret utpeke en av dem til å utføre disse oppgavene. Det bør også utpekes en stedfortreder for denne. I store bykommuner med bydelsforvaltning skal kommunestyret utpeke en lege til å utføre de av kommunelegenes oppgaver som angår hele kommunen eller store områder.

Kommunelegene har hatt en sentral rolle under pandemien, og vil ha en sentral rolle i å overvåke smittesituasjonen og følge opp med nødvendige tiltak. Kommunene må derfor sikre gode beredskapsordninger for kommunelegene i den nye hverdagen med økt beredskap.

Viktige parametere som kommunelegen bør følge med på er gjengitt i tabellen under fra FHI:

Indikator	Beskrivelse	Kilde	Framvisning for kommunelegen
-----------	-------------	-------	------------------------------

Symptomtrykk	Andel av kommunens befolkning som oppgir visse relevante symptomer siste uke	Symptometer	Sykdomspulsen
Legekonsultasjoner	Antall legekonsultasjoner per uke i kommunen for visse relevante diagnoser samt andel disse utgjør av alle konsultasjoner	NorSySS (KUHR, legenes regningskort)	Sykdomspulsen
Smittede	Antall nye bekreftede tilfeller av SARS-CoV-2-infeksjon per uke	MSIS	Sykdomspulsen
Sykefravær	Andel kommunalt ansatte som er borte fra jobb på grunn av sykdom	Kommunens tidsregistrerings-system	Kommunalt system
Utbrudd i skoler	Forekomst av utbrudd i sykehjem	Vesuv	Direkte varsling i kommunen
Utbrudd i sykehjem	Forekomst av utbrudd i sykehjem	Vesuv	Direkte varsling i kommunen
Innleggelser i sykehjem	Antall nye innleggelser per uke på grunn av covid-19	Sykehjemmene	Kommunalt system
Innleggelser i sykehus	Antall nye innleggelser per dag/uke på grunn av covid-19	NiPar	Sykdomspulsen, evt. direkte fra sykehuset
Vaksinasjonsdekning	Andel vaksinerte, eventuelt per aldersgruppe, kjønn, fødeland og yrkesgruppe	Sysvak, BeredtC19	Sykdomspulsen

Kapasitet i ordinære helse- og omsorgstjenester

- *Oppdraget: Kapasitet i ordinære helse- og omsorgstjenester må omtales, blant annet mtp. smittevern i sykehjem og hjemmetjenester, håndtering av influensasessong/luftveissykdom i allmennlegetjenesten*

Lovgrunnlaget for den kommunale smittevernberedskapen ble senest beskrevet i oppdrag 513C. Det ble her også skissert noen grunnleggende og overordnede strategier. Vi vil i det følgende komme med noen konkretiseringer av nødvendige beredskap i den ordinære helse- og omsorgstjenesten;

Kapasitet i sykehjem og hjemmetjenester

Utfordringene for omsorgstjenestene har under denne pandemien i stor grad vært relatert til følgende forhold;

- smitte bland beboere/brukere
- smitte/s blant ansatte
- smitte/smitterisiko blant besøkende

Sykehjemmene har under pandemien utarbeidet et godt planverk med tilhørende prosedyrer for å skjerme sine beboere mot smitte og samtidig ivareta nødvendig drift. Dette handler om lokale prosedyrer for besøksordninger, planer for å kunne drifte med redusert kapasitet på helsepersonell, samt evakueringsordninger dersom det ikke skulle bli mulig å opprettholde forsvarlig bemanning. Disse planene må fortsatt være tilgjengelige under en normal hverdag med økt beredskap, og kunne iverksettes straks dette blir nødvendig. For mer detaljerte konkretiseringer vedrørende volum//størrelser har FHI i sin besvarelse kommet med forslag som kommunene kan benytte i sin planlegging. Helsedirektoratet har ikke tatt stilling til detaljene i disse forslagene, og mener det må være opp til den enkelte kommune å vurdere dette med bakgrunn i den lokale situasjon.

Under pandemien har kommunene tilrettelagt for behandling av covid-syke i kommunale institusjonsplasser. For mange pasientgrupper, kan dette være et godt alternativ til sykehusinnleggelse. Helsedirektoratet anbefaler at dette videre blir en del av den kommunale beredskapen i en normal hverdag, som raskt kan skaleres opp når situasjonen tilsier det.

Helsedirektoratet vil også i denne sammenheng be kommunene vurdere nødvendigheten av å benytte sengeplasser for øyeblikkelig hjelp døgnbehov. Denne tjenesten har fra den ble etablert i 2012 fått god erfaring i å behandle luftveisinfeksjoner og obstruktive lungesykdommer.

Kapasitet og håndtering av influensasesong/luftveissykdom i allmennlegetjenesten

Fastlegene er og vil fortsatt være en viktig ressurs i den kommunale smittevernberedskapen. Med sitt gode kjennskap til pasientpopulasjonen og det daglige sykdomsbildet vil de være viktige aktører mtp å kunne gi tidlige råd til kommunene om utviklingen i smittesituasjonen. Dette fordrer god dialog og arenaer/plattformer i kommunen hvor slik informasjon kan utveksles.

Samtidig er fastlegetjenesten sårbar for selv å bli smittet og dermed satt ut av spill. Under pandemien etablerte flere kommuner luftveisklinikker/feberklinikker for å avlaste fastlegene og for å forebygge smitte på fastlegekontorene, samt sikre at øvrige allmennlegeoppgaver kan ivaretas.

FHI varsler økt forekomst av luftveisinfeksjoner utover høsten og vinteren. I tillegg går vi imot en ny influensasesong. En vesentlig andel av luftveisinfeksjonene vil være RS-virus hos små barn. Det er viktig at kommunen står best mulig rustet til å kunne håndtere dette. Herunder påpekes muligheter for å kunne teste slik at korrekt behandling kan etableres så raskt og effektivt som mulig på laveste mulige omsorgsnivå.

Når det gjelder mer konkret behov for lege- og behandlingsskapasitet vises til FHI sin tabell under.

Temaet er nærmere berørt i kapittelet om "Testkapasitet i kommunene"

Kapasitet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten, svangerskaps- og barselsomsorg, samt helsestasjon for ungdom er en lovpålagt kommunal helsefremmende og forebyggende populasjonstjeneste for barn og unge og gravide. Tilbudet er gratis og skal være lett tilgjengelig.

I forbindelse med koronapandemien har mange helsesykepleiere og flere jordmødre blitt allokert fra sine ordinære stillinger i helsestasjons- og skolehelsetjenesten til smittevernarbeid for befolkningen generelt. En rapport fra SSB viser blant annet at 3 av 4 kommuner omdisponerte helsesykepleiere som følge av pandemien. Det at mange ansatte i løpet av pandemien har blitt omdisponert i perioder, har gitt seg utslag i lavere aktivitet og et redusert tilbud til gravide, barn og unge¹.

Barne- og familiedepartementet (BFD) nedsatte en koordineringsgruppe som jevnlig vurderer det generelle tjenestetilbudet til barn og unge under covid-19 pandemien. Kartleggingene viser at både helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom har hatt dårligere tilbud og tilgjengelighet enn i normalsituasjonen med begrunnelse i at personellet var omdisponert².

¹ Tjenestetilbudet til [barn og unge under covid-19 pandemien](#)

² [Utsatte barn og unges tjenestetilbud under Covid-19 pandemien](#)

Regjeringen og helsemyndighetene har vært klare i sine råd om at barn og unges tjenestetilbud bør opprettholde normal drift under koronapandemien, samtidig som grunnleggende smitteverntiltak overholdes. Det er viktig at tjenestene har normal drift, og er tilgjengelige slik at barn og unge som er utsatt oppdages og får nødvendig hjelp. Det er også oppdagete barn og unge som under normale forhold ikke vil være utsatt, nå kan oppleve problemer som en konsekvens av pandemien.

Deloppdrag 2) Vurdering av behov for å la fullmaktene i helseberedskapsloven komme til anvendelse

Helsedirektoratet anbefalte senest i oppdrag 516 å fornye beslutningen om bruk av fullmaktene i helseberedskapsloven §§ 3-1, 4-1, 5-1 og 5-2. Oppdraget ber om en vurdering av om det i "normal hverdag med økt beredskap" fortsatt vil være behov for å opprettholde beslutningen om å la fullmaktene i loven komme til anvendelse, og for hvilke fullmakter dette i så fall kan være aktuelt.

Hvorvidt helseberedskapslovens fullmakter skal komme til anvendelse i en "normal hverdag med økt beredskap" vil avhenge av situasjonen på tidspunktet for overgangen, og risikofaktorene som må kunne håndteres i den nye hverdagen. Fordi det er uklart når overgangen vil skje, er det krevende konkret å ta stilling til dette nå.

Generelt vil Helsedirektoratet bemerke at helseberedskapsloven er en fullmaktslov som, sammen med smittevernloven, gir et bredt sett av fullmakter for å kunne håndtere uønskede situasjoner. Dersom en sykdom er definert som allmennfarlig smittsom, det er erklært alvorlig utbrudd, og det er besluttet kongelig resolusjon etter helseberedskapsloven § 1-5, vil det ligge et bredt sett av fullmakter som kan anvendes ved behov.

Helseberedskapsloven utfyller smittevernloven når det kommer til å sikre beredskap eksempelvis for å kunne omdisponere helse- og omsorgstjenesten dersom det oppstår kapasitetsutfordringer, eller for å avhjelpe svikt i legemiddelforsyning og tilgangen til medisinsk utstyr. Smittevernlovens bestemmelser vil i seg selv ikke være tilstrekkelig til å ivareta den beredskapen som eksempelvis ligger i helseberedskapslovens §§ 3-1, 4-1, og 5-1, med mindre man eksempelvis anvender smittevernloven § 7-12. Full beredskap er derfor avhengig av at fullmaktene i de to lovene kan anvendes samtidig.

"En normal hverdag med økt beredskap" vil være en normal hverdag i en pandemisk situasjon. Selv om håpet er at det skal være mulig å leve så normalt som mulig, vil det kunne oppstå uforutsette hendelser som må kunne håndteres. Dersom slike situasjoner kan oppstå relativt raskt, kan det tilsi at fullmaktene i helseberedskapsloven forblir åpne, slik at de kan benyttes dersom det blir behov for det. Alternativet vil være å gjenåpne fullmaktene ved kongelig resolusjon hvis det blir nødvendig.

En fordel ved at bestemmelsene kan anvendes er at det gir større rom og forutberegnelighet for at det kan planlegges for bruk av fullmaktene enn dersom det sendes signal ved at beslutningen endres ved overgangen til en normal hverdag. Vilåårene i lovens bestemmelser vil verne mot unødige bruk. Det er viktig å presisere at det å la fullmaktene kunne komme til anvendelse ikke innebærer at de nødvendigvis benyttes.

Fordi fullmaktene kan være inngripende i sin karakter, kan de kun forlenges i en måned om gangen. Dette tilsier at behovet vurderes konkret ved overgangen til en normal hverdag. Det vises for øvrig til oppdrag 513 d, og til øvrige deloppdrag i oppdrag 526, for nærmere beskrivelse av risikobildet og usikkerhetsmomentene i en ny normal hverdag.

Helsedirektoratets konklusjon

Overordnet vurderer Helsedirektoratet at man i en normal hverdag med økt beredskap kan fjerne de fleste nasjonale tiltak, men opprettholder innreiserestriksjoner og innreisetiltak noe lenger. Forutsetningen er at kommunene har mulighet til å iverksette lokale tiltak dersom konsekvensene av utbrudd tilsier at det er nødvendig og forholdsmessig.

Vi foreslår et beredskapsnivå i en normal hverdag som er tilstrekkelig høyt til at kapasiteten i primær- og spesialisthelsetjenesten ikke blir overbelastet dersom det kommer en ny smittebølge og/eller VOC, herunder kapasitet til å håndtere et sammenfall av covid-19 og andre luftveisinfeksjoner.

COVID-19

Oppdrag fra HOD nr. 526 om konkretisering av 513 C om innhold i en normal hverdag med økt beredskapsnivå mm.

16. september 2021



Oppdragstekst

Deloppdrag 1) Skisse over eventuelle smitteverntiltak og/eller beredskapstiltak som bør forskriftsreguleres i "en normal hverdag med økt beredskap"

Helse- og omsorgsdepartementet ber Helsedirektoratet i samråd med Folkehelseinstituttet om en ytterligere konkretisering av det smittevern faglige behovet og forholdsmessigheten av smitteverntiltak nasjonalt og ved innreise frem mot og i overgangen til en normal hverdag med økt beredskap.

Det er behov for en overordnet plan for hvordan lettelse, opphevelse og/eller endring av tiltak nasjonalt og ved innreise skal gjennomføres. Planen bør inneholde en rekkefølge for eventuell innføring av lettelse, opphevelse og/eller endring av tiltak og hvordan de ulike tiltakene nasjonalt og ved innreise skal knyttes til "En normal hverdag med økt beredskap." Det må vurderes hva slags tiltak som bør lettes, oppheves eller endres både før og etter overgang til en normal hverdag med økt beredskap.

I første omgang bes etatene om en overordnet smittevern faglig vurdering og anbefaling av eventuelle:

- *smitteverntiltak (nasjonalt og/eller ved innreise) som fortsatt bør gjelde og som bør forskriftsreguleres i "en normal hverdag med økt beredskap".*
- *beredskapstiltak (nasjonalt og/eller ved innreise) som bør forskriftsreguleres i "en normal hverdag med økt beredskap".*

Med tiltak knyttet til innreise siktes det først og fremst til innreiserestriksjoner (hvem som får reise inn i landet), karantenehotell, innreisekarantene, testing (attest for negativ test og testing ved innreise), nasjonalt kontrollsenner, innreiseregistrering og bruk av koronasertifikat.

Det vil også bli gitt et samleoppdrag om innreiserestriksjoner, reiseråd, innreisekarantene, karantenehotell, nasjonalt kontrollsenner, innreiseregistrering, bruk av koronasertifikat og testing ved innreise med leveringsfrist 20. september hvor det kan gis nærmere vurderinger og forslag til eventuell forskriftsregulering.

Frist: mandag 13. september kl. 12.00

Kontaktperson i HOD: Tjaarke Hopen

Deloppdrag 2) Vurdering av behov for å la fullmaktene i helseberedskapsloven komme til anvendelse

I tråd med Hdirs svar på oppdrag 516 ble det i statsråd 3. september 2021 besluttet at fullmaktene i helseberedskapsloven §§ 3-1, 4-1, 5-1 og 5-2, jf. loven § 1-5 nr. 2 første punktum, skal komme til anvendelse for å håndtere koronautbruddet fra og med 15. september 2021 til og med 14. oktober 2021. Etatene bes vurdere om det i "normal hverdag med økt beredskap" fortsatt vil være behov for å opprettholde beslutningen om å la fullmaktene i loven komme til anvendelse, og for hvilke fullmakter dette i så fall kan være aktuelt. HOD viser i den forbindelse særlig til at forskrift 28. mai 2021 nr. 1668 om tiltak for å ivareta tilgangen til legemidler, medisinsk utstyr og personlig verneutstyr under covid-19, er hjemlet i loven §§ 1-3, 5-2, 5-3 og 6-2 tredje ledd. Forskriften/tiltakene i forskriften forutsetter at betingelsene i loven § 1-5 er oppfylt.

Frist: mandag 13. september kl. 12.00

Kontaktperson: Kjetil Jonsbu

Deloppdrag 3) Nærmere om innholdet i "normal hverdag med økt beredskap"

De nasjonale tiltakene for håndtering av pandemien må nedjusteres og tilpasses en ny situasjon så raskt som det er forsvarlig, slik at befolkningens liv, næringslivets virksamhet og samfunnets funksjoner, herunder reiser inn i landet, kan normaliseres. I denne fasen vil smittevernet mot covid-19 normaliseres og innlegges i ordinært smittevern. Samtidig skal det være økt beredskap sett i forhold til en normalsituasjon, både for å håndtere risiko knyttet til covid-19, og samtidig en mulig økt sykkelighet i befolkningen (og fravær i tjenestene) som følge av andre luftveissykdommer.

Flere kommuner etterlyser veiledning og tydelige signaler knyttet til risikovurderinger og hva den økte beredskapen som forventes i tiden fremover består i, som utgangspunkt for deres egen planlegging og mulige tiltak i deres håndtering av pandemien. Dette behovet og etatenes svar på oppdrag 513 C, gjør det nødvendig med ytterligere konkretisering av hva landets kommuner skal planlegge for å være i stand til å ivareta økt beredskap ved overgang til "normal hverdag med økt beredskap".

Det bes om en nærmere beskrivelse av hva kommunene skal følge med på, og blant annet hvordan de ulike parameterne smittetall, innleggelse og vaksinasjonsgrad skal vektlegges. Det må tydeliggjøres hva innholdet i den økte beredskapen består i og hvor raskt kapasiteten for blant annet TISK skal kunne skaleres opp. I denne vurderingen må kapasiteten i de ordinære helse- og omsorgstjenestene inngå, slik at man sikrer et forsvarlig tilbud med særlig vekt på sårbare grupper. Blant annet må det gis veiledning om dimensjonering, bemanning og organisering av smittesporingsteam, testkapasitet (inkludert på grensen) og kapasitet for vaksinasjon. Kapasitet i ordinære helse- og omsorgstjenester må omtales, blant annet mtp. smittevern i sykehjem og hjemmetjenester, håndtering av influensasessong/luftveissykdom i allmennlegetjenesten, og kapasitet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Svaret bør utformes slik at det er mulig å gi kommunene tydelige råd og veiledning i deres håndtering av epidemien ved overgang til "normal hverdag med økt beredskap".

Frist: mandag 13. september kl. 12.00

Kontaktperson: Kjetil Jonsbu

Oppsummering

Folkehelseinstituttet besvarer dette oppdragets tre deler i åtte kapitler.

- Vaksinasjonsprogrammet har i stor grad tatt brodden av epidemien. Faren for en epidemi ut av kontroll eller for en epidemi som gir uakseptabel sykdomsbyrde eller uakseptabel belastning av helsetjenestenes behandlingsskapasitet, er betydelig redusert og synker uke for uke.
- Vi vurderer at risikoen knyttet til nye varianter av SARS-CoV-2 er liten ved den utbredte befolkningsimmuniteten vi har i Norge, og vi har middels tiltro til en slik vurdering.
- Vi anbefaler et strategisk skifte fra hovedvekt på proaktive, vedvarende, forebyggende kontaktreduserende tiltak (sannsynlighetsreduserende tiltak) til hovedvekt på høy vaksinasjonsdekning i befolkningen samt beredskap for reaktive tiltak for å begrense skade og hindre forverring dersom epidemien utvikler seg i retning av tålegrensen.
- Under normal hverdag er det fornuftig med en overvåking av flere nivåer i sykdomspyramiden, altså flere indikatorer, som symptomer, legekonsultasjoner, utbrudd og innleggelser. Både trenden og nivået av indikatorene har betydning.
- Under normal hverdag kan de aller fleste smitteverntiltakene (rådene og reglene), herunder innreisetiltakene, avvikles eller gjøres om til allmenne smittevernråd og covid-19-forskriften i praksis oppheves.
- Vi foreslår en normalisering der nedjustert TISK videreføres i forslagsvis 4 uker inn i perioden normal hverdag med økt beredskap. Når normal hverdag har virket noen få måneder, kan ytterligere endringer vurderes.
- Vi skisserer den beredskap, altså de mest pandemirelevante kapasiteter og virkemidler, vi mener kommunene og spesialisthelsetjenesten må ha for å kunne svare på en truende utvikling.

Innhold

Oppdragstekst	1
Oppsummering.....	3
Innhold	4
1 Innledning.....	5
Oppbygging av besvarelsen.....	5
Forståelse av oppdraget.....	5
2 Risiko og håndtering.....	6
Vurdering av risiko.....	6
Prinsipper for håndtering av risikoen.....	8
Lokal og nasjonal håndtering	9
3 Kommunens overvåking og risikovurdering.....	10
Overvåking i kommunen	10
Risikovurdering i kommunen	12
4 Beredskap og kapasitet i helsetjenesten.....	13
Beredskap for pandemiltak i helsetjenesten	13
Beredskap for ordinære helse- og omsorgstjenester	15
5 Smitteverntiltak som fortsatt bør gjelde.....	17
Overordnet vurdering	17
Smitteverntiltak under normal hverdag.....	18
Følger for covid-19-forskriften	23
6 Beredskapstiltak som bør forskriftsreguleres	25
7 Fullmakter i helseberedskapsloven	26
8 Overordnet plan for lettelser	27

1 Innledning

Oppbygging av besvarelsen

Oppdraget har tre deler. I dette notatet besvarer vi alle delene, men i seks kapitler og ikke i samme rekkefølge som i oppdragsteksten. Hvert kapittel innledes med den aktuelle biten av oppdragsteksten.

Forståelse av oppdraget

Regjeringen har varslet at landet snart skal gå fra trinn 3 i gjenåpningsplanen til en ny fase kalt normal hverdag med økt beredskap.

OPPDRAKSTEKST: De nasjonale tiltakene for håndtering av pandemien må nedjusteres og tilpasses en ny situasjon så raskt som det er forsvarlig, slik at befolkningens liv, næringslivets virksomhet og samfunnets funksjoner, herunder reiser inn i landet, kan normaliseres. I denne fasen vil smittevernet mot covid-19 normaliseres og innlegges i ordinært smittevern. Samtidig skal det være økt beredskap sett i forhold til en normalsituasjon, både for å håndtere risiko knyttet til covid-19, og samtidig en mulig økt sykkelighet i befolkningen (og fravær i tjenestene) som følge av andre luftveissykdommer.

Vi merker oss fire viktige premisser i departementets oppdragstekst:

Tekstboks 1. Premisser for oppdrag 526.

1. Hverdagen skal være normal.
2. De nasjonale tiltakene mot pandemien skal nedjusteres så raskt som det er forsvarlig.
3. Smittevernet mot covid-19 skal normaliseres og innlemmes i ordinært smittevern.
4. Samfunnet skal ha økt beredskap mot covid-19 og andre luftveissykdommer.

Vi er enige i disse føringene og legger dem til grunn for våre råd. Vi forstår dem slik:

Med **normal hverdag** forstår vi at befolkningen har en hverdag som er mest mulig slik som den var i 2019. Smitteverntiltakene og håndteringen av luftveisinfeksjoner er mest mulig som i 2019 og preger i svært liten grad hverdagslivet.

Med de **nasjonale tiltakene** forstår vi smittevernrådene og de forskriftsfestede bestemmelsene som er gitt i regjeringens gjenåpningsplan samt innreisetiltakene. Innreisetiltak drøfter vi bare kort i denne besvarelsen og mer utførlig i oppdrag 514 og 530.

Med **normalisert smittevern** forstår vi et smittevern som i liten grad består av sykdomsspesifikke ordninger og forskrifter, men som er innlemmet i det ordinære smittevernet. Smittevernet mot en annen luftveisinfeksjon som hvert år rammer en stor del av befolkningen, kan her tjene som en modell.

Med **økt beredskap** forstår vi økt evne og kapasitet til å respondere dersom epidemier av covid-19 og luftveisinfeksjoner truer med å gi en uakseptabel sykdomsbyrde eller uakseptabel belastning av helsetjenestenes behandlingsskapasitet. Beredskapen består av ressurser, kapasiteter og forberedte og planlagte smitteverntiltak og skadebegrensende tiltak.

Vurderingen i dette oppdraget må ses i sammenheng med vurderingene i oppdrag 528.

2 Risiko og håndtering

Vurdering av risiko

Besvarelse av oppdrag 513 D

Som vi har redegjort for i besvarelsen av oppdrag 513 D, er det fortsatt usikkerhet om risikoen for en betydelig sykdomsbyrde av covid-19-epidemien i Norge. Covid-19-pandemien har vist seg ganske uforutsigbar. Virusets egenskaper er langsomt blitt avdekket, og nye varianter med endrede egenskaper har oppstått. Det er usikkerhet om hvordan viruset vil oppføre seg i en befolkning der nesten alle over 12 år har stor grad av immunitet. Varigheten av vaksinebeskyttelsen er ukjent.

Folkehelseinstituttets modellerte langtidsscenarier tilsier at det under visse uheldige forutsetninger kan komme en større vinterbølge i 2021-22 og kanskje også etterfølgende år.

Den grunnleggende risikoen er likevel betydelig redusert ved at en stor andel av befolkningen og en svært stor andel av de eldre er vaksinert med vaksiner med god beskyttelse mot alvorlig sykdom.

Vi omtalte i besvarelsen av oppdrag 513 D sannsynligheter for en uheldig utvikling:

Andel mottakelige i befolkningen og deres fordeling i befolkningen (etter alder, geografi og sosiale grupper) har betydning fordi det er blant de mottakelige viruset lettest kan spres, og de er mer utsatt for alvorlig forløp enn immune med samme alder og helsestatus. Siden bare rundt 5-6 % av befolkningen har vært smittet, er det vaksinasjon som har klart størst betydning for andelen mottakelige i befolkningen.

Dersom om lag 90 % av den voksne befolkningen blir fullvaksinert og beskyttet, og resten forblir uvaksinerte, vil det være om lag 425 000 mottakelige, hvorav 2/3 er i alderen 18-44 år. Blant unge i alderen 12 – 17 år kan vi kanskje vente at 100 000 ikke blir vaksinert. I tillegg kommer 725 000 under 12 år (men de minste vil ha noe beskyttelse av materielle antistoffer). Dermed har vi samlet 1 250 000 uvaksinerte, men færre enn 200 000 av disse vil være over 45 år, og færre enn 50 000 vil være over 65 år.

Dette er en stor nok andel, rundt 23 %¹, av befolkningen til at viruset kan spres, i hovedsak blant disse mottakelige. Sykdomsbyrden er imidlertid begrenset ettersom de fleste er så unge og dermed har svært lav risiko for sykehusinnleggelse, og lavere risiko for senvirkninger². Risikoen for eventuelle senvirkninger av covid-19 antas også å være betydelig redusert hos de vaksinerte. Også faren for ukontrollert spredning er betydelig redusert når en så stor andel av befolkningen har god beskyttelse mot å bli smittet og eventuelt smitte videre hvis de likevel blir smittet.

Svekkelse av vaksinebeskyttelsen mot smitte og mot alvorlig sykdom har betydning. Det er fortsatt usikkert hvor stor og tidlig denne svekkelsen egentlig er [over tid, uten at noen ny variant er kommet til]. Sannsynligvis er beskyttelsen mot smitte mer utsatt for å bli svekket enn beskyttelsen mot å bli alvorlig syk.

Sesongeffekten har betydning dersom viruset spres betydelig bedre om vinteren som følge av biologiske forhold i samspillet mellom viruset og mennesket, eller som følge av atferdsmessige

¹ Andelen er høyere siden vaksinebeskyttelsen mot smitte og videre smitte er godt under 100 %.

² <https://www.fhi.no/nyheter/2021/lite-covid-sykdom-og-fa-senfolger-blant-barn/>

endringer om vinteren. Jo større sesongeffekten er, jo større er sannsynligheten for en vinterbølge. Vi antar at sesongeffekten er om lag 25 – 50 %.

Ny variant av viruset med høyere virulens (evne til å gi alvorlig sykdom) eller høyere spredningsevne (som følge av høyere smittsomhet eller bedre evne til å omgå tidligere immunitet) vil ha betydning. Foreløpig er det ingen varianter som ser ut til å kunne utkonkurrere deltavarianten, som oppsto for snart ett år siden.

Nærmere om risiko for nye varianter av SARS-CoV-2

En viktig usikkerhet for beredskapen er muligheten for framvekst av en eller flere nye varianter av SARS-CoV-2 med større spredningsevne enn deltavarianten. Vår vurdering av denne risikoen er slik:

Den direkte sykdomsbyrden fra epidemien er produktet av virusets **spredningsevne** (målt ved reproduksjonstallet R), altså hvor mange som blir smittet, og virusets **virulens** (målt ved for eksempel infeksjonsletalitet), altså sannsynligheten for at den enkelte smittede skal få et alvorlig sykdomsforløp. Det er ingen nødvendig sammenheng mellom disse to faktorene.

Den virusvarianten som har størst spredningsevne – uavhengig av virulens – vil dominere, slik vi så da deltavarianten i sommer overtok for alfavarianten. Spredningsevnen kan bli bedre ved at smittsomheten blir bedre (ved én eller flere mekanismer), ved at viruset omgår immuniteten bedre eller på begge måter samtidig.

Risikoen for at en ny variant skal oppstå og bli dominerende er vanskelig å vurdere. Risikoen er produktet av sannsynligheten for at det skal skje og konsekvensene dersom det skjer.

Sannsynligheten er rett og slett ukjent. Den avhenger av biologiske begrensninger og av viruset muligheter. Evolusjonen har virket på viruset i et par år, hvorav halvannet år med utstrakt spredning. De to siste dominerende variantene, alfa og delta, oppsto begge i slutten av 2020. Det er mulig at viruset ikke kan øke spredningsevnen mer, men det er også en mulighet for at over tid vil det før eller siden komme varianter med økt spredningsevne.

Konsekvensene av en ny variant med større spredningsevne avhenger av en rekke faktorer:

1. Varianten kan ha lavere, samme eller høyere **virulens** hos uvaksinerte generelt eller uvaksinerte barn spesielt. Det har begrenset påvirkning på sykdomsbyrden siden så stor andel av befolkningen er vaksinert. Det kan bli en utfordring hos barn, men så langt er det ingen data som tyder på at deltavarianten har økt virulens hos barn. Det antas at dette gjelder generelt for nye virusvarianter ettersom det ser ut til at det er barns medfødte immunitet som særlig beskytter dem mot alvorlig sykdomsforløp.
2. Varianten kan ha bare høyere **smittsomhet**. Det er gunstig, for da vil befolkningsimmuniteten fortsatt kraftig begrense spredningen.
3. Varianten kan ha større **immunevasjon**, altså evne til å omgå immuniteten. Da vil befolkningsimmuniteten bli mindre verdt. Her må vi imidlertid skjelne mellom to typer immunitet:

Det kan for det første være at bare beskyttelsen mot å bli smittet og **smitte videre** med den nye varianten er svekket. Det betyr at epidemien kan bli større, men at de vaksinerte smittede fortsatt er beskyttet mot alvorlig forløp. Viruset kan enklere oppnå denne formen for immunevasjon ettersom denne immuniteten bygger på den humorale, mer smale immuniteten.

Det kan for det andre være at beskyttelsen mot alvorlig forløp med den nye varianten er svekket. (En slik svekkelse ble i liten grad sett ved skiftet fra alfavarianten til deltavarianten.) Det betyr at hver enkelt smittede er mindre beskyttet enn før mot alvorlig forløp. Denne endringen er mye vanskeligere for viruset å oppnå ettersom denne immuniteten bygger på den cellulære, mer brede immuniteten. Denne immuniteten er rettet mot flere titalls epitoper på spikeproteinene til SARS-CoV-2, og det er svært usannsynlig at mange av disse er endret samtidig uten at det svekker virusets spredningsevne. Det er mulig at det kan oppstå varianter som omgår beskyttelsen mot alvorlig forløp, men det er lite sannsynlig at disse variantene blir dominerende. De utgjør derfor ikke noen stor trussel.

Konsekvensene av en delvis immunevaderende virusvariant kan motvirkes gjennom oppfriskningsdoser av dagens vaksiner. Dette vil gi en god immunrespons som også vil virke mot nye varianter. Man kan også tenke seg at vi kan tilby en justert vaksine tilpasset den aktuelle varianten, men det er ikke sikkert at dette gir bedre immunrespons enn en gjenoppfriskningsdose. Slike justerte vaksiner er allerede under utprøving og kan sannsynligvis bli tilgjengelige i løpet av få måneder ved behov.

Samlet vurderer vi at risikoen knyttet til nye varianter av SARS-CoV-2 er liten ved den utbredte befolkningsimmuniteten vi har i Norge, og vi har middels tiltro til en slik vurdering.

Prinsipper for håndtering av risikoen

I tråd med departementets føring om at hverdagen skal bli normal, mener vi at de fleste smitteverntiltak kan fjernes under fasen normal hverdag og så heller innføres igjen dersom epidemien utvikler seg og truer med å gi en uakseptabel sykdomsbyrde eller uakseptabel belastning av helsetjenestenes behandlingsskapasitet. Dersom noen smitteverntiltak skal opprettholdes over lengre tid under normal hverdag for å redusere sannsynligheten for en uheldig utvikling, må dette være tiltak som hemmer normalt samfunnsliv i veldig liten grad.

Vi anbefaler altså en så normal hverdag som mulig, men med økt beredskap som så kan benyttes ved uheldig utvikling framfor en halvnormal hverdag med lavere sannsynlighet for uheldig utvikling. Vi anbefaler altså et skifte fra hovedvekt på proaktive, vedvarende, forebyggende kontaktreduserende tiltak (sannsynlighetsreduserende tiltak) til hovedvekt på høy vaksinasjonsdekning i befolkningen samt beredskap for reaktive tiltak for å begrense skade og hindre forverring dersom epidemien utvikler seg i retning av tålegrensen.

Tekstboks 2. Strategisk skifte i responsen.

Strategisk skifte	
Fra proaktive smitteverntiltak for å redusere sannsynligheten for en truende utvikling av epidemien	Til vaksinasjon og beredskap
Fra TISK og kontaktreduserende tiltak	Til reaktive behandlingstiltak for å begrense skade, samt kortvarige, reaktive smitteverntiltak for å hindre en truende utvikling, alt på en basis av utbredt befolkningsimmunitet gjennom vaksinasjon

Vi mener et slikt skifte i vektleggingen er forsvarlig fordi 1) utbredt vaksinasjon har gjort trusselen fra epidemien betydelig mindre enn i sommer og før det, 2) vi har en rekke tiltak som vi vet virker til å bremse epidemien dersom behovet oppstår, 3) tiltakene vil være enda mer effektive nå når det er

utbredt immunitet i befolkningen og 4) helsetjenesten er blitt dyktigere til å behandle pasienter med alvorlig covid-19.

Dessuten vil mer omfattende, varige smitteverntiltak under normal hverdag neppe være forholdsmessige eller nødvendige og derfor heller ikke lovlige, jf. smittevernloven § 1-5.

Et slikt skifte i strategi krever god overvåking slik at en uheldig utvikling kan oppdages og vurderes tidlig og reaktive tiltak eventuelt iverksettes. Videre kreves en godt planlagt beredskap slik at man tåler en større risiko.

Lokal og nasjonal håndtering

Det norske smittevernet er en kombinasjon av nasjonale systemer, rutiner og tiltak og lokalt bestemte tiltak.

Ved en epidemi som rammer hele landet, kan det oppstå variasjon i tiltak mellom kommunene. Denne variasjonen kan være fornuftig når den er begrunnet i en ulik situasjon mellom kommunene. Variasjonen kan imidlertid også være uheldig dersom den skyldes at kommunene vurderer risikoen ved omtrent samme situasjon ulikt og derfor velger forskjellige tiltaksnivåer.

Under pandemien har Folkehelseinstituttet gjennom mange hundre samtaler og møter med kommuneleger og andre i kommunene og gjennom Kommunelegehåndboka forsøkt å harmonisere kommunenes risiko- og tiltaksvurderinger. Regjeringens beredskapsplan og departementets rundskriv samt statsforvalternes samordning har bidratt til det samme. I tillegg har regjeringen i noen tilfeller bestemt tiltak i noen kommuner etter smittevernloven § 4-1, jf. covid-19-forskriftens kapittel 5A, 5B og 5C.

Denne kombinasjonen av nasjonal og lokal håndtering av epidemien i Norge har bidratt til å holde epidemien under kontroll samtidig som tiltaksbyrden har vært redusert der tiltakene ikke har vært nødvendige. Regjeringen har satt et nasjonalt tiltaksnivå, og så har kommunene som respons på den lokale utviklingen kunnet velge strengere tiltak.

Under den normale hverdagen vil det igjen være utfordrende å redusere ubegrunnet variasjon i tiltak mellom kommunene. I utgangspunktet tilsier normal hverdag at det ikke skal være forskriftsbestemte tiltak, verken lokalt eller nasjonalt. Likevel kan noen kommuner velge å innføre strenge tiltak som respons på en uheldig utvikling lokalt. Variasjon kan oppstå der det er ulik vurdering av risiko eller ulik toleranse for risiko.

Kommunelegehåndboka og Folkehelseinstituttets direkte rådgivning til kommunene kan igjen bidra til å harmonisere risikovurderingen og tiltakene i kommunene. Dette blir trolig viktig.

Så lenge SARS-CoV-2-infeksjon er definert som allmennfarlig smittsom sykdom, vil kommunene ha hjemmel til omfattende tiltak etter smittevernloven § 4-1 så lenge tiltakene oppfyller forutsetningene i § 1-5.

3 Kommunens overvåking og risikovurdering

Departementet ønsker en beskrivelse av kommunenes overvåking og risikovurdering under normal hverdag.

OPPDRAKSTEKST: Det bes om en nærmere beskrivelse av hva kommunene skal følge med på, og blant annet hvordan de ulike parameterne smittetall, innleggelser og vaksinasjonsgrad skal vektlegges.

Overvåking i kommunen

Bakgrunn

Med overvåking mener vi i smittevernet en vedvarende og systematisk innsamling, sammenstilling og analyse av data om smittsomme sykdommer og tilbakemelding om resultatene til bruk for dem som trenger dem til planlegging, gjennomføring og evaluering av smittevernet og til befolkningen.

Formålet med overvåkingen under normal hverdag er å oppdage tidlig om epidemien utvikler seg og truer med å gi en uakseptabel sykdomsbyrde eller uakseptabel belastning av helsetjenestenes behandlingsskapasitet, slik at det kan settes inn reaktive behandlingstiltak for å begrense skade samt kortvarige smitteverntiltak for å hindre en truende utvikling.

Under normal hverdag er det naturlig å fortsette med et godt samspill mellom lokal og nasjonal overvåking i regi av henholdsvis kommunelegen (jf. smittevernloven § 7-2) og Folkehelseinstituttet (jf. smittevernloven § 7-9). Vi viser til besvarelse av oppdrag 513 C for nærmere beskrivelse av den overordnede utviklingen av overvåkingssystemene.

Indikatorer

Også under normal hverdag er det fornuftig med en overvåking av flere nivåer i sykdomspyramiden. Kommunene bør kombinere tidlige og sensitive, men lite spesifikke indikatorer, som symptomer og legekonsultasjoner, med seine og spesifikke indikatorer, som utbrudd og innleggelser.

Både **trenden** og **nivået** av indikatorene har betydning.

Overvåkingen av **symptomtrykket** i befolkningen kan gi svært tidlig, men uspesifikk informasjon. Indikatoren er andel av befolkningen i kommunen (som er respondenter i for eksempel Symptometer) som angir visse symptomer siste uke. Det kan være kombinasjonen «feber og hoste», kombinasjonen «forkjølelsesyntomer» eller andre enkeltsymptomer eller kombinasjoner.

Overvåking av **legekonsultasjoner** (fastlege og legevakt) som skyldes luftveisinfeksjoner er nyttig for å følge forekomsten i kommunen. Dette kan være en mer uspesifikk indikator der skillet mellom ulike luftveisinfeksjoner ikke er helt sikkert. Det har imidlertid mindre betydning ettersom kommunelegen vil være interessert i den samlede belastningen fra covid-19, influensa og andre sykdommer. Det er også en mulighet å følge mer spesifikke diagnosekoder.

Under normal hverdag vil **insidens av nye smittede** være en lite egnet indikator for epidemiens utvikling siden det vil være mindre testing, og mye av den gjenværende testingen vil være selvtestingen. Dermed blir færre tilfeller påvist og telt. Dessuten vil antallet tilfeller ha mindre å si for sykdomsbyrden siden en stadig mindre andel av de smittede får alvorlig forløp; noe som er en konsekvens av at epidemien særlig brer seg blant uvaksinerte, altså særlig barn, og at voksne som smittes i stor grad er vaksinert.

Overvåking av **sykefravær** blant kommunens ansatte, særlig i skoler og sykehjem, og blant skoleelever kan gi verdifull informasjon om sykdomstrykket i befolkningen og om faren for

overbelastning av kommunale tjenester. Informasjonen må tolkes varsomt ettersom sykefraværet også påvirkes av en rekke andre forhold.

Forekomsten av smitte og **utbrudd** i helsetjenesten og spesielt i sykehjem blir viktig å følge, slik det er for influensa og omgangssyke. Selv etter vaksinasjon av alle beboere og ansatte kan et utbrudd i sykehjem gi alvorlig sykdom og dødsfall blant beboerne. Målet skal derfor være å stoppe slike utbrudd så raskt som mulig. Folkehelseinstituttet har derfor oppdatert veiledning om smittevern og utbruddshåndtering i sykehjem. Helsetjenesten må ha systemer for å oppdage smitte og utbrudd.

Under normal hverdag vil **insidens av innleggelser i sykehus eller sykehjem** som følge av covid-19 være den viktigste indikatoren for å varsle tidlig at epidemien truer med å gi en uakseptabel sykdomsbyrde eller uakseptabel belastning av helsetjenestenes behandlingsskapitet. Dette er også en indikator som er et mer direkte mål for sykdomsbyrden.

Vaksinasjonsdekning hører med for å kunne gjøre god risikovurdering. Dekningen kan fordeles etter kjønn og aldersgrupper i første omgang. Til støtte for vaksinasjonsutrullingene kan det også gjøres analyser etter fødeland og yrkesgruppe.

Oversikt

Kommunelegen kan altså følge følgende indikatorer fra sin kommune:

Tabell 1. Indikatorer for kommunelegens overvåking av situasjonen.

Indikator	Beskrivelse	Kilde	Framvisning for kommunelegen
Symptomtrykk	Andel av kommunens befolkning som oppgir visse relevante symptomer siste uke	Symptometer	Sykdomspulsen
Lege-konsultasjoner	Antall legekonsultasjoner per uke i kommunen for visse relevante syndromer samt andel disse utgjør av alle konsultasjoner	NorSySS (KUHR, legenes regningskort)	Sykdomspulsen
Smittede	Antall nye bekreftede tilfeller av SARS-CoV-2-infeksjon per uke	MSIS	Sykdomspulsen
Sykefravær	Andel kommunalt ansatte som er borte fra jobb på grunn av sykdom	Kommunens tidsregistrerings-system	Kommunalt system
Utbrudd i sykehjem	Forekomst av utbrudd i sykehjem	Vesuv, BeredtC19	Direkte varslings i kommunen (MSIS-forskriften § 3-4)
Innleggelser i sykehjem	Antall nye innleggelser per uke på grunn av covid-19 og influensa	Sykehjemmene, BeredtC19	Kommunalt system
Innleggelser i sykehus	Antall nye innleggelser per dag/uke på grunn av covid-19 (og influensa)	NiPar, BeredtC19	Sykdomspulsen, evt. direkte fra sykehuset
Vaksinasjonsdekning	Andel vaksinerte, eventuelt per aldersgruppe, kjønn, fødeland og yrkesgruppe	Sysvak, BeredtC19	Sykdomspulsen

Når landet går over til normal hverdag, vil Kommunelegehåndboka bli revidert i tråd med beskrivelsen over.

Det blir også viktig å følge andre luftveisinfeksjoner i tiden framover, som belyst i besvarelsen av oppdrag 513 C og risikovurdering³ publisert i sommer. Vi vil også se hvordan vi i større grad kan bruke Sykdomspulsen til også å presentere andre luftveisinfeksjoner på kommune- og fylkesnivå, slik at kommunelegene og statsforvaltere kan få et mer helhetlig bilde.

Risikovurdering i kommunen

Kommunelegen har ansvar for å vurdere risikoen for at covid-19-epidemien i kommunen, eventuelt sammen med andre samtidige epidemier, utvikler seg og truer med å gi en uakseptabel sykdomsbyrde eller uakseptabel belastning av helsetjenestenes behandlingsskapasitet.

Kommunelegen kan samarbeide med nabokommuner. Folkehelseinstituttet gir veiledning i Kommunelegehåndboka og direkte rådgivning ved Corona hotline, Nasjonalt smittesporingsteam og Smittevernvakta.

Kommunelegen skal vurdere helhetlig både sannsynligheten for at denne utviklingen skjer og konsekvensene dersom det skjer. Utgangspunktet er indikatorene diskutert over. Det er neppe hensiktsmessig med terskelverdier for indikatorene. Det er den *samlede vurderingen* som må ligge til grunn for å vurdere risikoen som lav, middels eller høy.

Folkehelseinstituttet vil, som hittil under pandemien, samle erfaring gjennom kontakten med kommunene og bringe denne erfaringen tilbake til nye kommuner.

Dersom risikoen er for høy, kan kommunelegen iverksette eller gi råd om å iverksette behandlingstiltak for å begrense skader samt kortvarige smitteverntiltak for å hindre en truende utvikling.

Når landet går over til normal hverdag, vil Kommunelegehåndbokas kapitler om risikovurdering og tiltaksvurdering bli oppdatert i tråd med beskrivelsen over.

³ <https://www.fhi.no/publ/2021/risiko-ved-andre-luftveisinfeksjoner-enn-covid-19-hosten-og-vinteren-202120/>

4 Beredskap og kapasitet i helsetjenesten

Departementet ønsker konkret veiledning om helsetjenestens beredskap mot luftveisinfeksjoner under normal hverdag.

OPPDRAKSTEKST: Det må tydeliggjøres hva innholdet i den økte beredskapen består i og hvor raskt kapasiteten for blant annet TISK skal kunne skales opp. I denne vurderingen må kapasiteten i de ordinære helse- og omsorgstjenestene inngå, slik at man sikrer et forsvarlig tilbud med særlig vekt på sårbare grupper. Blant annet må det gis veiledning om dimensjonering, bemanning og organisering av smittesporingsteam, testkapasitet (inkludert på grensen) og kapasitet for vaksinasjon.

Kapasitet i ordinære helse- og omsorgstjenester må omtales, blant annet mtp. smittevern i sykehjem og hjemmetjenester, håndtering av influensaseson/luftveissykdom i allmenlegetjenesten, og kapasitet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Svaret bør utformes slik at det er mulig å gi kommunene tydelige råd og veiledning i deres håndtering av epidemien ved overgang til "normal hverdag med økt beredskap".

Vi beskriver nedenfor den spesifikke covid-19-beredskapen og den generelle beredskapen i helse- og omsorgstjenesten, med hovedvekt på kommunehelsetjenesten.

Med **beredskap** forstår vi ekstra forberedte og planlagte smitteverntiltak og skadebegrensende tiltak som kan iverksettes dersom epidemier av covid-19, eventuelt samtidig med epidemier av andre luftveisinfeksjoner, truer med å gi en uakseptabel sykdomsbyrde eller uakseptabel belastning av helsetjenestenes behandlingsskapasitet.

Vi beskriver her beredskap i helsetjenesten. Det vil samtidig være viktig at også andre sektorer og deler av samfunnet har en beredskap, slik at de er bedre forberedt dersom det på nytt oppstår et behov for tiltak. I det ligger også å vurdere behov for kompensatoriske tiltak for å redusere tiltaksbyrden. Det er ikke nærmere beskrevet her.

Vi har flere steder i tabell 2 og 3 under forsøkt å tallfeste nødvendig beredskap basert på erfaringer fra kommuner. Det ligger ikke nøye beregninger bak disse anslagene. Vi har heller ikke rukket å kvalitetssikre dem med noen kommuneleger.

Beredskap for pandemiltak i helsetjenesten

Vi skisserer nedenfor den beredskap, altså de mest pandemirelevante kapasiteter og virkemidler, vi mener kommunene og spesialisthelsetjenesten må ha for å kunne svare på en truende utvikling.

Smittevernberedskapen må ta utgangspunkt i gjeldende lov- og planverk og i beredskapsprinsippene.

Tabell 2. Smittevernberedskap i kommunene og spesialisthelsetjenesten⁴.

Kapasitet eller virkemiddel	Beskrivelse	Beredskap under normal hverdag med økt beredskap
Overvåking	Overvåking av nye tilfeller, innleggelser, utbrudd og	Kommunelegen må kunne følge indikatorene nevnt i kapittel 3 fra uke til

⁴ Vi har i tabellen forsøkt å tallfeste nødvendig beredskap basert på erfaringer fra kommuner. Det ligger ikke nøye beregninger bak disse anslagene. De må vurderes nærmere for å komme frem til best mulig planleggingsgrunnlag.

Kapasitet eller virkemiddel	Beskrivelse	Beredskap under normal hverdag med økt beredskap
	vaksinasjonsdekning samt monitorering av behandlingsskapasitet i helsetjenesten	uke. Samfunnsmedisinsk beredskap. Også spesialisthelsetjenesten må følge situasjonen.
Risikovurdering	Evne til å vurdere kommunens situasjon og kapasitet i spesialisthelsetjenesten.	Kommunelegen må hver uke kunne vurdere kommunens situasjon. Samfunnsmedisinsk beredskap. Spesialisthelsetjenesten må kjenne til disse vurderingene, samt gjøre egne risikovurderinger
Risiko-kommunikasjon og rådgivning	Kapasitet til å kommunisere med mediene og innbyggerne om situasjonen.	Kommunene og spesialisthelsetjenesten må fortsette sin ordinære beredskap for krisekommunikasjon. Samfunnsmedisinsk beredskap.
Tiltaks vurdering	Smittevern faglig og juridisk kompetanse til å vurdere hvilke tiltak som skal velges, herunder forholdsmessighetsvurdering	Kommunene må hele tida ha beredskap for å gjøre slike vurderinger i tråd med Kommunelegehåndboka, gjerne i samråd med FHI. Samfunnsmedisinsk beredskap. Tilsvarende vurderinger må gjøres i spesialisthelsetjenesten, gjerne i samråd med FHI.
Tiltaksinnføring	Kapasitet til å innføre kontaktreduserende tiltak samt vurdere behov for kompensatoriske tiltak for å redusere tiltaksbyrden i ulike sektorer og grupper	Kommunene og spesialisthelsetjenesten må hele tida ha beredskap for å kunne innføre generelle kontaktreduserende tiltak av den typen som har vært benyttet under epidemien (avstandskrav, antallsbegrensninger og stengninger). Samfunnsmedisinsk beredskap.
Testing	Kapasitet til å ta prøver for innsending til laboratorier eller for analyse på stedet (antigenhurtigtest) og kapasitet for utdeling av hurtigtester for selvtesting.	Kommunene må ha beredskap for å kunne dele ut hurtigtester til 10 % av befolkningen per uke og for å kunne ta prøve til PCR-testing av 1 % av befolkningen per uke. Denne kapasiteten må kunne være på plass i løpet av fem dager. Andelene må eventuelt tilpasses kommunestørrelser. Spesialisthelsetjenesten og de medisinsk-mikrobiologiske laboratoriene må ha tilsvarende beredskap.
Isolering	Kapasitet til å tilby isolater til folk som ikke kan isoleres hjemme.	Kommunene må ha beredskap for å kunne tilby isoleringsplass i for eksempel hotell for 0,05 % av befolkningen. Halve denne kapasiteten må kunne være på plass i løpet av én dag. Spesialisthelsetjenesten bør opprettholde planverk om kohortisolering ved behov.
Smittesporing og kontaktoppfølgning	Kapasitet til å drive smittesporing og følge opp kontakter	Kommunene må ha beredskap for å kunne drive smittesporing rundt et antall tilfeller tilsvarende 0,2 % promille av innbyggerne per uke. Halve denne kapasiteten må kunne være på plass i løpet av fem dager. Andelene må eventuelt tilpasses kommunestørrelser. Spesialisthelsetjenesten må også ha kapasitet til å drive smittesporing rundt pasienter og ansatte som tester positivt.

Kapasitet eller virkemiddel	Beskrivelse	Beredskap under normal hverdag med økt beredskap
Innreisetiltak	Kapasitet til å gjenoppta kontroll av koronasertifikat og innreisetesting	Kommuner som har grensepasseringssteder (inkludert havner og lufthavner med internasjonal passasjertrafikk) og erfaring med innreisetesting, må ha en beredskapsplan for å gjenoppta testing og kontroll av koronasertifikat.
Vaksinasjon	Kapasitet til å tilby oppfriskningsdoser (med samme eller justerte vaksiner) til befolkningen.	Se Koronavaksinasjonsprogrammets svar på oppdrag 50. Kommunene må ha kapasitet til å gi 70 % av kommunens befolkning én vaksinedose i løpet av 5-6 måneder.
Smittevernutstyr	Lager av relevant utstyr i riktige mengder	Kommunene og spesialisthelsetjenesten bør ha beredskap, se oppdrag 392
Helsepersonell	Kapasitet til å bemanne nødvendige tjenester.	Kommunene må planlegge for å kunne styrke bemanningen ved samarbeid med frivillige organisasjoner, nabokommuner og Helsedirektoratets ressurspool, som bør bli bedre tilpasset kommunenes behov. Kommunene må sikre robust samfunnsmedisinsk beredskap, evt i interkommunalt samarbeid.

Beredskap for ordinære helse- og omsorgstjenester

Vi skisserer nedenfor den beredskapen som helsetjenesten må ha i de ordinære tjenestene for å kunne håndtere smittsomme sykdommer kommende vinter. Den mest aktuelle perioden er desember-mars med januar-februar som månedene med forventet størst belastning.

Beredskapen må ta utgangspunkt i gjeldende lov- og planverk og i beredskapsprinsippene.

Tabell 3. Helseberedskap med vekt på kommunene⁵.

Tjeneste	Beskrivelse	Beredskap under normal hverdag med økt beredskap
Sykehjem	Kapasitet til å håndtere økt behov for sykehjemsplasser samtidig med utbrudd av smittsomme sykdommer i sykehjemmet, særlig influensa, omgangssyke eller covid-19.	Kommunene bør ha kapasitet til å håndtere 10 % økt etterspørsel etter plasser, 20 % høyere sykefravær enn i 2019 og et utbrudd som rammer sykehjemmets beboere, herunder beredskap for besøksbegrensninger.
Hjemmetjenester	Kapasitet til å håndtere økt behov for hjemmetjenester samtidig som en større andel av pasientene er rammet av smittsomme sykdommer som influensa, omgangssyke eller covid-19.	Kommunene bør ha kapasitet til å håndtere 10 % økt etterspørsel etter tjenester, 20 % høyere sykefravær enn i 2019 og at 10 % av pasientene samtidig er rammet av influensa, omgangssyke eller covid-19.
Fastlege-tjenesten og legevakt	Kapasitet til å håndtere økt behov for fysiske konsultasjoner og	Legetjenesten bør ha kapasitet til å håndtere 20 % flere pasienter med

⁵ Vi har i tabellen forsøkt å tallfeste nødvendig beredskap basert på erfaringer fra kommuner. Det ligger ikke nøye beregninger bak disse anslagene. De må vurderes nærmere for å komme frem til best mulig planleggingsgrunnlag.

Tjeneste	Beskrivelse	Beredskap under normal hverdag med økt beredskap
	telekonsultasjoner med pasienter med smittsomme sykdommer.	smittsomme sykdommer og 20 % høyere sykefravær enn i 2019.
Helsestasjon og skolehelse-tjeneste	Kapasitet til ordinære helsetjenester, herunder barnevaksinasjonsprogrammet.	Helsestasjonen og skolehelsetjenesten bør ha kapasitet til å håndtere 5 % flere henvendelser og 20 % høyere sykefravær enn i 2019.
Spesialisthelsetjenesten	Kapasitet til å håndtere økt behov for sykehusplasser samtidig med utbrudd av smittsomme sykdommer i sykehuset, særlig influensa, omgangssyke eller covid-19.	Spesialisthelsetjenesten bør ha kapasitet til å håndtere 10 % høyere etterspørsel etter plasser og 20 % høyere sykefravær enn i 2019 og et utbrudd som rammer pasienter og ansatte, herunder beredskap for besøksbegrensninger.

5 Smitteverntiltak som fortsatt bør gjelde

Departementet ønsker en vurdering av hvilke smitteverntiltak som bør gjelde under normal hverdag.

OPPDRAGSTEKST: I første omgang bes etatene om en overordnet smittevern faglig vurdering og anbefaling av eventuelle smitteverntiltak (nasjonalt og/eller ved innreise) som fortsatt bør gjelde og som bør forskriftsreguleres i "en normal hverdag med økt beredskap".

Nedenfor gir vi først en overordnet vurdering av epidemien og smittevernet mot den. Deretter vurderer vi hvert av de gjeldende smitteverntiltakene.

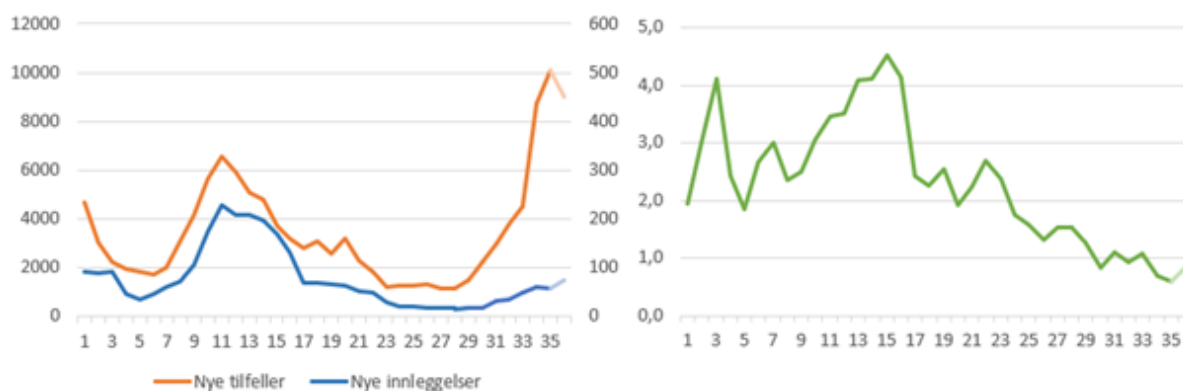
Overordnet vurdering

Vår overordnede vurdering av epidemien nå og utover høsten og vinteren er som følger:

De fleste kontaktreduserende tiltakene ble avviklet i sommer. Skoler, universiteter og arbeidsplasser startet med langt på vei normale forhold etter sommerferien.

Siden midten av august har vi sett en betydelig økning i påviste tilfeller, hovedsakelig blant unge i alderen 13 – 25 år. Dette kan tilskrives økt kontakthypighet etter sommerferien, blant annet med gjenopptakelse av sosiale sammenkomster, skolegang, studier og fritidsaktiviteter. Kommunene hadde dessverre ikke fått nok tid til å forberede testing i stedet for karantene, så det tok unødvendig lang tid å snu trenden.

Figur 1. Antall diagnostiserte tilfeller per uke og antall innleggelses per uke med covid-19 som hovedårsak i 2021 (venstre figur) og forholdet mellom disse i prosent (høyre figur).



Økningen i innleggelses har vært forholdsvis mye mindre, og sykehusenes kapasitet har ikke vært truet. Det skyldes dels at epidemien på grunn av kontaktmønsteret har spredd seg i ei aldersgruppe som uansett ikke var utsatt for alvorlig sykdomsforløp.

Epidemien og sykdomsbyrden fra den har på flere måter vært påvirket av den høye vaksinasjonsdekningen:

- Virusets spredningsevne er betydelig redusert når en så høy andel av befolkningen er vaksinert. Det skal derfor mindre til av andre tiltak for å holde epidemien under kontroll.
- Epidemien sprer seg i hovedsak blant uvaksinerte. Dette er barn, ungdommer og unge voksne. Som større epidemien er og jo lenger den pågår, jo større er sannsynligheten for at eldre uvaksinerte også skal bli smittet. Da kan det komme alvorlige sykdomstilfeller.
- Vaksinerte som likevel blir smittet, får i betydelig mindre grad alvorlig forløp.

Tabell 4. Vaksinasjonsdekning og antall uvaksinerte i ulike aldersgrupper etter uke 36.

Til og med 12. september (uke 36)	Andel med første dose	Antall uvaksinerte	Andel med andre dose	Antall som mangler én eller to doser
Hele befolkningen	74 %	1,42 millioner	64 %	1,93 millioner
18 år og mer	90 %	426 tusen	81 %	835 tusen
18 – 44 år	85 %	296 tusen	68 %	611 tusen
45 år og mer	94 %	131 tusen	91 %	223 tusen
45-64 år	93 %	99 tusen	87 %	177 tusen
65 år og mer	97 %	31 tusen	95 %	47 tusen

Vaksinasjonsdekningen øker uke for uke. Det er nå særlig personer i alderen 18-44 år som får sin andre dose samtidig som 16-17-åringene får sin første dose.

Vaksinasjonsprogrammet har i stor grad tatt brodden av epidemien. Faren for en epidemi ut av kontroll eller for en epidemi som gir uakseptabel sykdomsbyrde eller uakseptabel belastning av helsetjenestenes behandlingsskapasitet, er betydelig redusert og synker uke for uke.

Modellering av scenarier for det kommende året viser at virusets smittsomhet, vaksinasjonsdekningen, vaksinasjonseffekten, sesongeffekten og graden av tiltak og befolkningens etterlevelse av dem har stor betydning for scenariene. Dersom flere av disse faktorene skulle vise seg å være i den negative enden av spekteret, kan en ny høst eller vinterbølge bli betydelig. Dersom sesongeffekten er lav (25 %), kan en nye bølge nå toppen i oktober. Dersom sesongeffekten er større (50 %), kan det komme en topp i februar. Samtidig antyder modelleringen at en slik bølge vil være nokså enkel å styre gjennom nokså moderate kontaktreduserende tiltak slik at antallet samtidig inneliggende i sykehusene aldri overstiger 150.

Vi vil i oppdrag 528 foreslå tidspunkt for overgang til normal hverdag, basert på vurdering av sjekkpunktene fra oppdrag 473 og en ny helhetlig vurdering.

Smitteverntiltak under normal hverdag

Anbefalinger

Nedenfor vurderer vi kort alle de gjeldende smitteverntiltakene, både rådene og reglene, og gir en anbefaling for hvordan de eventuelt bør gjelde under normal hverdag.

Tabell 5. Smitteverntiltak under normal hverdag.

Tiltak	Vurdering	Anbefaling for normal hverdag
Håndhygiene	God håndhygiene kan bidra til å forebygge en rekke infeksjoner som spres via hendene. Covid-19 er nok ikke den viktigste blant dem.	Allment smittevernråd i vintersesongen. Ikke forskrift.
Hostehygiene	Både ved covid-19, influensa og andre luftveisinfeksjoner er det nok de hostende som er de viktigste smitekildene. Bedre hostehygiene er sannsynligvis effektivt. Personer som hoster mye, bør imidlertid holde seg helt for seg selv.	Allment smittevernråd. Ikke forskrift.
Munnbindbruk	Kunnskapsgrunnlaget for effekt er begrenset, men det er trolig noe effekt	Ingen anbefaling utenfor helsetjenesten. Ikke forskrift.

Tiltak	Vurdering	Anbefaling for normal hverdag
	innendørs, og nytten er størst når det er stort smittepress. Tilleggseffekten utendørs er trolig liten. Effekten av stoffmasker som ikke oppfyller kravene i Norsk Standard, er mindre.	
Selvisolering ved luftveissymptomer	Ved de fleste luftveissykdommer er smittsomheten høyest tidlig i den symptomatiske fasen. Rask selvisolering, altså i praksis å holde seg borte fra barnehage, skole eller jobb, ved slike symptomer vil sannsynligvis bidra til å bremse smittespredningen. For de mildt symptomatiske må man veie dette mot ulempen ved stort sykefravær.	Allment smittevernråd. Ikke forskrift. Se nærmere nedenfor.
Testing ved symptomer eller etter eksponering	Dersom personen med symptomer selvisolerer seg, stoppes smittespredningen uavhengig av om personen har testet seg eller ikke. Det er ikke avgjørende at covid-19 diagnostiseres utenom der at mer alvorlig sykdomsbilde gjør det nødvendig.	Testing er normalt ikke nødvendig i befolkningen, men selvtesting kan benyttes. Se nærmere nedenfor. Her står smittevernloven § 5-1 første ledd i veien for normalisering. Se nærmere nedenfor. Ikke forskrift. Testing ved symptomer vil fortsatt være aktuelt i gitte situasjoner i helseinstitusjoner.
Isolering ved påvist covid-19	Dersom personen med symptomer selvisolerer seg, stoppes smittespredningen effektivt. Effekten er særlig stor hos symptomatiske.	Pasientråd om å holde seg hjemme noen dager som del av personlig smittevernveiledning, jf. smittevernloven § 2-1. Ikke forskrift.
Smitteoppsporing	De alle fleste nærkontakter vil være vaksinert og derfor i liten fare for å bli smittet, smittsomme eller syke. Det er derfor lite tilleggsnytte med smitteoppsporing.	Pasientråd om å si fra til nærmeste kontakter som del av personlig smittevernveiledning, jf. smittevernloven § 2-1. Ikke forskrift. Her står smittevernloven § 5-1 andre ledd i veien for full normalisering. Ikke forskrift. Noen ukers overgangsperiode med nedjustert TISK kan bli aktuelt, se nedenfor. Smittestopp avvikles.
Karantene eller kontaktoppfølgning	De alle fleste nærkontakter vil være vaksinert og derfor i liten fare for selv å bli smitekilder og deres kontakter igjen er også i stor grad vaksinert. Nyttene av karantene eller oppfølging er liten. Det er derfor ikke forholdsmessig med et så inngripende tiltak som karantene. Det er heller ikke nødvendig med testing av nærkontaktene.	Pasienter som sier fra til sine nærkontakter, kan be dem følge med på symptomer. Ikke forskrift. Noen ukers overgangsperiode med nedjustert TISK under normal hverdag kan bli aktuelt, se nedenfor.
Énetersrådet	Etterlevelsen ser ut til å være synkende, og det er uklart hvor stor betydning rådet har nå. Rådet har stor tiltaksbyrde for bedrifter og arrangører. Rådet fører også	Avvikles. Ikke forskrift.

Tiltak	Vurdering	Anbefaling for normal hverdag
	til en unaturlig omgang mellom mennesker.	
Hjemmekontor, digitale møter	Personer med milde luftveissymptomer og god allmenntilstand kan i mange tilfeller arbeide hjemmefra. Det kan være en fordel for smittespredningen. Mange bedrifter kan ønske å legge til rette for dette, særlig i vintersesongen.	Allment smittevernråd. Ikke forskrift.
Kontaktreduserende tiltak ved trinn 3 under gjenåpningsplanen ⁶	Det er få tiltak som gjenstår, men de har en tiltaksbyrde og signaliserer at det ikke er normal hverdag. Risikoen ved lettelser er nå liten og blir mindre uke for uke.	Avvikles. (Vi viser også til vår besvarelse av oppdrag 513A.) Ikke forskrift.
Koronasertifikat for innenlands bruk	Bruksområdet er i dag lite. Koronasertifikat har uheldige sider ved at det splitter befolkningen i vaksinerte og uvaksinerte og begrenser friheten for uvaksinerte.	Avvikles. Ikke forskrift. Om nødvendig kan det innføres et forbud mot diskriminering av uvaksinerte på serveringssteder, treningssentre mv.
Koronasertifikat ved innreise	Importsmitte vil antakelig ikke være en betydelig driver i smitteutviklingen etter gjenåpning av samfunnet. Smittespredningen vil etter hvert i større grad skje i uvaksinerte deler av befolkningen, uavhengig av innreisetiltak. Tiltakene har betydelig tiltaksbyrde.	Avvikles. (Må ses i sammenheng med eventuelle EU-krav.) Ikke forskrift.
Innreise-restriksjoner		Avvikles. Se nærmere nedenfor. Ikke forskrift.
Testing før ankomst		Avvikles. Se nærmere nedenfor. Ikke forskrift.
Testing etter ankomst		Avvikles. Se nærmere nedenfor. Ikke forskrift.
Innreisekarantene		Avvikles. Se nærmere nedenfor. Ikke forskrift.
Innreiseregistrering		Avvikles. Se nærmere nedenfor. Ikke forskrift.
Vaksinasjon	Vaksinasjon reduserer risikoen for alvorlig sykdomsforløp av SARS-CoV-2-infeksjon med om lag 90 %. Denne individuelle effekten er bakgrunn for anbefalingen om å la seg vaksinere. Vaksinasjon har i tillegg en indirekte effekt på videre smitte.	Følg anbefalingene i korona- og influensavaksinasjonsprogrammet og sikre god dekning i alle befolkningsgrupper som anbefales vaksinasjon. Frivillig for alle. Regulert i Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram.

Nærmere om testing, isolering, smitteoppsporing og karantene (TISK)

Overgangen til normal hverdag med økt beredskap medfører noe økt risiko for økning i smitte ettersom det vil føre til at flere har både nær kontakt, og flere kontakter enn i dag. Samtidig er vaksinedekningen i den voksne befolkningen nå høy, hvilket bidrar til å begrense smittespredningen.

Vi har to hovedgrupper av smitteverntiltak i responsen i tillegg til vaksinasjon. Det ene er generelle kontaktreduserende tiltak som for eksempel stenginger, antallsbegrensninger og avstandskrav for virksomheter og arrangementer. Den andre gruppen tiltak er mer målrettede mot de som kan være smittet, som bruk av testing, isolasjon av smittede, smittesporing og karantenering (TISK).

⁶ <https://www.regjeringen.no/no/tema/Koronasituasjonen/plan-for-gradvis-gjenapning/id2842645/>

I normal hverdag med økt beredskap vil både de generelle kontaktreduserende tiltakene og det mer målrettede TISK-systemet være fjernet som smitteverntiltak.

I de første ukene av normal hverdag med økt beredskap kan det være aktuelt å forlenge nedjustert TISK i noen uker slik at overgangen blir mer gradvis, og man kan vurdere virkningen av opphevelsen av de generelle tiltakene før også de målrettede fjernes.

Innhold i nedjustert TISK er nærmere beskrevet i oppdrag 531

Tekstboks 3. Endret smittesporing og kontaktoppfølgning ved nedjustert TISK

Med nedjustert TISK endres smittesporingen og oppfølgingen av nærkontakter.

Smittesporingen i regi av kommunen konsentreres om bare nærkontakter som bor i samme husstand som indekspasienten eller som er tilsvarende nære. Det er bare for slike nærkontakter smittekarantene er aktuelt dersom de er uvaksinert og ikke har vært smittet siste 12 måneder. Smittekarantenen kan erstattes av et testregime med flere tester.

Indekspasienten kan selv kontakte andre nærkontakter og oppfordre dem til testing, begrensning av sosial omgang og om å teste seg på nytt ved eventuelle symptomer.

Det vil slik vi ser det være tre måter å gjøre overgangen på, og vi har under belyst noen av fordelene og ulempene ved de ulike tilnærmingene:

1) Heve alle tiltakene samtidig.

- Fordeler: Hele covid-19 forskriften oppheves og tiltaksbyrden tas helt ned helt for hele befolkningen
- Ulemper: Økt usikkerhet om mulig smitteøkning når alle tiltak fjernes samtidig. Ingen mulighet for å vurdere effekt av å fjerne de generelle kontaktreduserende tiltakene alene. Risiko for at enkelte tiltak må gjeninnføres hvis det viser seg at effekt av generelle lettelsler på smittespredning og påfølgende sykehusinnleggelse skulle bli for stor.

2) Videreføre nedjustert TISK som et råd uten å forskriftsfeste dette

- Fordeler: En mer gradvis overgang der de mest målrettede tiltakene beholdes en kortere periode på noen uker, slik at vi har anledning til å vurdere effekten av at vi løfter de generelle tiltakene før alle tiltak fjernes. Et råd er mindre inngripende enn et forskriftsfestet krav.
- Ulemper: Ettersom det er gjort et betydelig arbeid i kommunene med forberedelser til å innføre nedjustert TISK som forskriftsfestet tiltak vil det å innføre tiltaket som råd kunne medføre usikkerhet rundt hvordan det skal operasjonaliseres. Spesielt gjelder dette dersom kommunene oppfordres til å innføre dette lokalt ved behov, eventuelt med usikkerhet rundt hva som skal være kravene for å innføre dette. Et råd vil antakelig i mindre grad sikre etterlevelse enn et lovfestet krav.
Økt tiltaksbyrde for barn ved økt testing og isolering.

3) Videreføre nedjustert TISK slik innretningen er beskrevet per nå, dvs at nedjustert TISK forskriftsfestes

- Fordeler: En mer gradvis overgang der de mest målrettede tiltakene beholdes en kortere periode på noen uker, slik at vi har anledning til å vurdere effekten av at vi løfter de generelle

tiltakene før alt løftes. Etterlevelsen er antakelig noe høyere når tiltaket forskriftsfestes. Det er jobbet med forberedelse til nedjustert TISK en periode nå, kommunene er antakelig etter hvert godt forberedt på implementeringen av dette systemet og deler av det er allerede implementert i mange kommuner

- Ulemper: Mer inngripende enn råd. Nedjustert TISK vil for en relativt stor del gjelde barn og medføre fortsatt tiltaksbyrde for dem for den perioden tiltaket gjelder.

Vi vurderer at det fra et smittevern faglig ståsted kan være hensiktsmessig, i overgang til normal hverdag med økt beredskap, å videreføre nedjustert TISK for en kortere overgangsperiode på noen uker.

Behovet for å opprettholde nedjustert TISK bør vurderes på nytt etter relativt kort tid, spesielt blir en vurdering av nytteverdi i forhold til belastningen tiltaket påfører barn viktig. Barn blir i mindre grad syke og fører i mindre grad smitten videre. I nedjustert TISK vil barn kunne teste seg i stedet for å gå i karantene, men det vil medføre større testaktivitet i de yngste aldersgruppene hvilket i seg selv har en tiltaksbyrde. En del asymptomatiske smittede barn vil oppdages, som i etterkant vil måtte isoleres etter gjeldende råd/regler.

Vi heller i våre vurderinger mot at nedjustert TISK i normal hverdag bør gjennomføres som råd, og ikke forskriftsfestes. Dersom det videreføres i forskrift så vil forholdsmessighetsvurderingene som må gjennomføres i denne sammenheng måtte hensynta byrde for barna.

Om man skal videreføre nedjustert TISK som forskriftsfestet tiltak eller som råd anser vi i hovedsak som en politisk beslutning. Det er fordeler og ulemper med begge innretningene.

Nærmere om håndtering av luftveissymptomer

Vi har i oppdrag 513 C anbefalt håndtering av luftveissymptomer. Vi gjentar deler av teksten her:

På sikt bør målet være at covid-19 håndteres helt som andre luftveisinfeksjoner. Da bør særtjenester opphøre og pasienter med luftveissymptomer håndteres i hovedsak som før pandemien. Det betyr at pasientene selv, fastleger, legevakt og akuttmottak spiller en viktig rolle, at det er pasientens kliniske tilstand som bestemmer håndteringen, og at man har økt årvåkenhet for utbrudd i helseinstitusjoner. Før vi når dit, skal vi gjennom en fase kalt normal hverdag med beredskap.

Rådet til befolkningen om håndtering av symptomer på luftveisinfeksjon kan være:

Tekstboks 4. Håndtering av luftveisinfeksjoner.

Gå ikke på barnehage, skole eller jobb eller sosiale samlinger med akutte symptomer som feber, sår hals, rennende nese eller hoste.

Dersom man har **testet negativt** med selvtest eller med laboratorietest, og symptomene er milde og uten påvirkning av allmenntilstanden, kan man gå på barnehage, skole eller jobb etter et par dager når den akutte fasen er over. Dette unntaket bør ikke gjelde helsepersonell med daglig kontakt med særlig utsatte pasienter.

Dersom man har **testet positivt** med selvtest (antigenhurtigtest) eller med laboratorietest, må man holde seg hjemme noen dager til symptomene avtar og spesielt ikke gå på arbeid i helsetjenesten eller besøke personer som er særlig utsatt for alvorlig forløp av en SARS-CoV-2-infeksjon.

I tillegg gis råd om egenpleie og når lege bør kontaktes.

Vi regner med at teststasjoner kan avvikles under normal hverdag med beredskap og eventuell testing overlates til folk selv samt til fastleger og legevakter, men dette bør vurderes på nytt når vi nærmer oss overgangen med tanke på gjennomførbarhet og ressurser. Laboratorietester bør være luftveispanel og ikke bare test for SARS-CoV-2.

Antigenhurtigtester av god kvalitet bør være lett tilgjengelige og gjerne deles ut gratis fra kommunene for å forbedre etterlevelsen i alle lag av samfunnet.

Nærmere om personlige valg

Når myndighetenes råd og regler i hovedsak forsvinner, kan den enkelte velge selv hvilken risiko hun vil ta og hvilke tiltak hun vil praktisere.

Avvikling av tiltak som nasjonale råd eller regler står ikke i veien for at enkeltpersoner kan velge høyere beskyttelsesnivå for seg. For eksempel kan de som ønsker større beskyttelse mot luftveisinfeksjoner velge å holde mer avstand til andre og selv benytte munnbind.

Nærmere om innreisetiltak

Hensikten med innreisetiltak kan være å dempe smittepresset i landet ved å redusere antallet smittede tilreisende som beveger seg fritt i landet. Dette var relevant da det var en stor gradient mellom Norge og utlandet, og da befolkningen ikke var vaksinert. Tiltakene har stor byrde for reisende, kommunene og næringslivet og må derfor ha særlig sterkt smittevernbe grunnelse dersom de skal benyttes.

En begrunnelse for beredskap kan være at man skulle ønske å hindre eller forsinke introduksjonen til landet av en ny variant med større spredningsevne. Erfaringen med alfavarianten i vinter og deltavarianten i sommer var at de ble introdusert og i løpet av noen få uker ble dominerende til tross for tiltakene.

Vi har i besvarelsen av oppdrag 514 anbefalt at noen av innreisetiltakene nedskaleres/avvikles før full avvikling av alle tiltak under normal hverdag med økt beredskap. Vi viser også til at vi kommer tilbake til nærmere vurderinger av innreisetiltakene i pågående oppdrag 530 og skissere en plan for lettelse.

Følger for covid-19-forskriften

Med forslagene over mener vi at covid-19-forskriften kan endres som følger når fasen normal hverdag med økt beredskap inntreffer:

Tabell 6. Endringer i covid-19-forskriften.

Kapittel	Vurdering for normal hverdag med økt beredskap
Kapittel 1. Innledende bestemmelser	§ 3 kan oppheves.
Kapittel 2. Krav om karantene og isolasjon	Kan oppheves.
Kapittel 2A. Forhåndsgodkjenning av oppholdssted som benyttes av arbeids- eller oppdragstaker til gjennomføring av innreisekarantene	Kan oppheves.
Kapittel 3. Særskilte regler for Svalbard, reiseliv og kystcruise mv.	Kan oppheves.
Kapittel 4. Opplærings- og utdanningsvirksomhet	Kan oppheves.

Kapittel	Vurdering for normal hverdag med økt beredskap
Kapittel 5. Forbud mot arrangementer, stenging av virksomheter, og krav til smittevern faglig drift	Kan oppheves med unntak av § 13.
Kapittel 5A. Forsterkede smitteverntiltak i enkelte kommuner – særlig høyt tiltaksnivå	Kan oppheves eller bevares som beredskap, se kapittel 6.
Kapittel 5B. Forsterkede smitteverntiltak i enkelte kommuner – høyt tiltaksnivå	Kan oppheves eller bevares som beredskap, se kapittel 6. § 17h oppheves.
Kapittel 5C. Forsterkede smitteverntiltak i enkelte kommuner – noe høyt tiltaksnivå	Kan oppheves eller bevares som beredskap, se kapittel 6. § 18g oppheves.
Kapittel 5D. Kommuner som selv har vedtatt tiltak tilsvarende kapittel 5B eller 5C	Kan oppheves.
Kapittel 6. Særlige regler om helsepersonell	Ikke vurdert.
Kapittel 7. Egenandel, tilsyn, straff, endringer og ikrafttredelse	Kan oppheves, med unntak av § 25a.

6 Beredskapstiltak som bør forskriftsreguleres

Departementet ønsker råd om hvilke beredskapstiltak som eventuelt bør forskriftsreguleres.

OPPDRAKSTEKST: I første omgang bes etatene om en overordnet smittevern faglig vurdering og anbefaling av eventuelle beredskapstiltak (nasjonalt og/eller ved innreise) som bør forskriftsreguleres i "en normal hverdag med økt beredskap".

Med tiltak knyttet til innreise siktes det først og fremst til innreiserestriksjoner (hvem som får reise inn i landet), karantenehotell, innreisekarantene, testing (attest for negativ test og testing ved innreise), nasjonalt kontrollsenter, innreiseregistrering og bruk av koronasertifikat.

Vi viser her til tabellene over beredskap i kommunene i kapittel 4. Disse kapasitetene kan forskriftsfestes som pålegg til kommunene (med hjemmel i smittevernloven § 7-11) eller gis som råd og veiledning. Vi foreslår at de som hovedregel gis som råd og veiledning. Et mulig unntak er krav om beredskap for innreisetesting i grensepasseringskommuner.

Ellers har departementet vist evne til raskt å endre covid-19-forskriften under pandemien. Dersom det skulle bli behov for å gjeninnføre bestemmelser, regner vi med at det kan gjøres raskt. Covid-19-forskriften kapitler 5A, 5B og 5C kan eventuelt bevares.

7 Fullmakter i helseberedskapsloven

Departementet ønsker en vurdering av nåværende fullmakter i helseberedskapsloven.

OPPDRAKSTEKST: Etatene bes vurdere om det i "normal hverdag med økt beredskap" fortsatt vil være behov for å opprettholde beslutningen om å la fullmaktene i loven komme til anvendelse, og for hvilke fullmakter dette i så fall kan være aktuelt.

Vi foreslår at de aktuelle fullmaktene inntil videre, også under normal hverdag med økt beredskap, fornyes månedlig, og at vi inviteres til å gi råd om dette før hver fornying.

8 Overordnet plan for lettelser

Departementet ønsker en plan for overgangen til normal hverdag med økt beredskap.

OPPDRAKSTEKST: Det er behov for en overordnet plan for hvordan lettelser, opphevelse og/eller endring av tiltak nasjonalt og ved innreise skal gjennomføres. Planen bør inneholde en rekkefølge for eventuell innføring av lettelser, opphevelse og/eller endring av tiltak og hvordan de ulike tiltakene nasjonalt og ved innreise skal knyttes til "En normal hverdag med økt beredskap." Det må vurderes hva slags tiltak som bør lettes, oppheves eller endres både før og etter overgang til en normal hverdag med økt beredskap.

Vi viser til drøftingene over og foreslår en normalisering der justeringer der hovedendringen er overgangen til normal hverdag med økt beredskap. Tidspunktet vil vi vurdere i besvarelsen av oppdrag 528. Når normal hverdag har virket noen få måneder kan ytterligere endringer vurderes. I oppdrag 530 skal plan for lettelser i innreisetiltak skisseres.

Vi foreslår følgende avvikling:

Tabell 7. Framdrift i normaliseringen.

Tiltaksgruppe	Framdrift i normaliseringen		
	Endringer ved overgang til normal hverdag med økt beredskap	Justeringer etter noen uker med normal hverdag	Justeringer etter noen måneder med normal hverdag
Hygieneråd	Videreføres som allmenne smittevernråd eller avvikles	-	-
Håndtering av pasienter	Nedjustert TISK	Nytt råd om håndtering av pasienter, se tekstmaks 3.	Justert råd, trolig uten selvtesting
Kontaktreduserende tiltak	Avvikles	-	-
Innreisetiltak	Se besvarelse av oppdrag 530. Noen endringer kan eventuelt komme før normal hverdag.	Se besvarelse av oppdrag 530	-
Vaksinasjon	Eventuell oppfriskningsdose.	Eventuell oppfriskningsdose.	Eventuell oppfriskningsdose
Overvåking	Som i tabell 1.	Som i tabell 1	Eventuell justering
Beredskap	Som i tabell 2 og 3.	Som i tabell 2 og 3.	Eventuell justering